

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

NENA KODERMAC

Izola, 2013

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**OBRAVNAVA PACIENTK Z MULTIPLO
SKLEROZO IN MOTNJAMI MOKRENJA**

**NURSING CARE OF MULTIPLE-SCLEROSIS PATIENTS WITH
THE PROBLEMS OF URINATION**

Študent: NENA KODERMAC

Mentor: HELENA SKOČIR, viš. med. s., univ. dipl. org.

Somentor: doc. dr. MELITA PERŠOLJA ČERNE, viš. med. s., prof. zv

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: Zdravstvena nega

Izola, 2013

KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK.....	III
KAZALO PREGLEDNIC.....	IV
POVZETEK	V
ABSTRACT	VI
1 UVOD	7
2 MULTIPLA SKLEROZA.....	8
2.1 Simptomi in znaki multiple skleroze.....	9
2.2 Vzorci poteka multiple skleroze.....	11
2.3 Zdravljenje multiple skleroze.....	13
2.4 Motnje mokrenja	15
2.4.1 Nadzor spodnjih sečil	15
2.4.2 Urološke preiskave	16
2.4.3 Oblike motenj mokrenja	19
2.4.4 Zdravljenje motenj mokrenja	20
2.5 Aktivnosti zdravstvene nege pri pacientkah z motnjami mokrenja	22
2.5.1 Negovalne diagnoze pri motnjah mokrenja.....	24
2.5.2 Zdravstvena vzgoja pacientk z motnjami mokrenja	29
2.5.3.1 Nasveti o življenjskem slogu	30
2.5.3.2 Urjenje sečnega mehurja.....	32
2.5.3.3 Učenje intermitentne čiste samokateterizacije.....	33
3 METODE DELA.....	36
3.1 Namen, cilj in hipoteze	36
3.2 Vzorec.....	36
3.3 Uporabljeni pripomočki in merske enote	36
3.4 Potek raziskave	37

4	REZULTATI.....	38
5	RAZPRAVA	46
6	ZAKLJUČEK.....	49
7	LITERATURA.....	50
	PRILOGA 1	55

KAZALO SLIK

Slika 1: Normalno živčno vlakno in poškodovano živčno vlakno pri multipli sklerozi	9
Slika 2: Grafični prikaz 4 vzorcev	11
Slika 3: Starost.....	38
Slika 4: Leta zdravljenja zaradi multiple skleroze.....	39
Slika 5: Težave z izločanjem urina.....	39
Slika 6: Težave z mokrenjem pri pacientkah z multiplo sklerozo.....	40
Slika 7: Uriniranje preko dneva.....	41
Slika 8: Uriniranje preko noči	41
Slika 9: Izvajanje intimne nege	42
Slika 10: Seznanjenost s tveganjem za pojav motenj mokrenja.....	42
Slika 11: Seznanjenost z možnostmi preprečevanja motenj mokrenja.....	43
Slika 12: Informiranost o možnostih samokateterizacije	43
Slika 13: Seznanjenost s prednostmi samokateterizacije	44
Slika 14: Viri informacij o motnjah mokrenja.....	44
Slika 15: Potreba po boljšem informiranju.....	45

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Pogosti simptomi motenj mokrenja pri pacientih z multiplo sklerozo	19
Preglednica 2: Potek obravnave motenj mokrenja	28

POVZETEK

Multipla skleroza je kronično avtoimuno demielizacijsko obolenje osrednjega živčevja neznane etiologije, za katero najpogosteje obolevajo mladi ljudje. Kljub številnim raziskavam je multipla skleroza še vedno neozdravljiva bolezen in pomeni veliko spremembo v načinu življenja obbolelega. Potek bolezni je zelo nepredvidljiv in vpliva na vse ravni življenja, zato se mora pacient/pacientka naučiti živeti z boleznijo in se prilagoditi novim zahtevam, ki jih bolezen prinaša.

V teoretičnem delu diplomske naloge je predstavljena bolezen multipla skleroza in opredeljene so težave z mokrenjem pri pacientkah, mlajših od 50 let. Opisani so pogostnost motenj mokrenja, uporaba stalnega urinskega katetra, samokateterizacija in informiranje pacientk z multiplo sklerozo.

Na podlagi teorije sta postavljeni dve delovni hipotezi, ki se nanašata na zdravstveno vzgojno vlogo medicinske sestre pri delu s pacientkami z multiplo sklerozo. Z anketiranjem 58 pacientk z multiplo sklerozo, ki je bilo izvedeno na nevrološkem oddelku in v nevrološki ambulanti Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica, je bilo ugotovljeno, da je večina pacientk seznanjenih s pojavom motenj mokrenja kot posledico multiple skleroze. Rezultati so pokazali še, da veliko pacientk že ima težave z motnjami mokrenja in da so premalo informirane o možnostih samokateterizacije.

Delo medicinske sestre pri obravnavi pacientk z multiplo sklerozo in motnjami mokrenja obsega zdravstveno vzgojno delo na področju zdravljenja, terapije in psihološke podpore pacientkam, razširiti pa se mora tudi na pomoč in svetovanje pri obvladovanju težav kroničnih pacientk v vsakdanjem (aktivnem) življenju.

Ključne besede: multipla skleroza, zdravstvena nega, motnje mokrenja, intermitentna samokateterizacija

ABSTRACT

Multiple sclerosis is a chronic autoimmune disease of the central nervous system with unknown aetiology which commonly affects young people. Despite extensive research efforts, multiple sclerosis remains incurable and greatly alters the patients' lives. The course of disease is unpredictable and each patients needs to adapt to disabilities associated with the disease.

The theoretical part of the thesis describes multiple sclerosis and urinary tract dysfunction in patients below 50 years of age. The frequency of urinary tract dysfunction, usage of urinary catheters, intermittent self-catheterisation and education of patients are discussed.

Based on theoretical knowledge, two hypotheses are set about the educational role of nurses in patients with multiple sclerosis. Fifty-eight patients female patients with multiple sclerosis participated in the study, performed at General Hospital Nova Gorica. With use of a structured questionnaire, it was established that most patients are informed about urination difficulties in multiple sclerosis, that many patients experience urinary tract dysfunction, but are insufficiently informed about intermittent self-catheterisation.

The role of healthcare workers in treating patients with multiple sclerosis includes teaching and psychological support. It should also include counselling about dealing with difficulties in activities of daily living, including urination problems.

Keywords: multiple sclerosis, healthcare, theproblemsofurination, intermittentslef-catheterization

1 UVOD

Multipla skleroza je kronična nevrološka bolezen (1) neznane etiologije, za katero najpogosteje obolevajo mlade odrasle osebe med 20. in 40. letom starosti, redkeje po 45. letu starosti (2). Do danes še ne poznamo pravega vzroka za pojav multiple skleroze (3).

Multipla skleroza je avtoimunska bolezen centralnega živčnega sistema (4). To pomeni, da telesni imunski sistem izgubi sposobnost prepoznavanja nekaterih svojih tkiv in jih napade, kot da bi bili tujki. Po nekaterih hipotezah naj bi multiplo sklerozo sprožili zunanji dejavniki, kot na primer virusna okužba pri genetsko obremenjenem posamezniku.

Najpogostejši simptomi bolezni so motnje vida, motnje sluha, ohromitev spodnjih in zgornjih udov, spastičnost, utrudljivost, tremor, motnje ravnotežja, mokrenja in spolnih funkcij, občutenj, razpoloženja, spanja, kognitivnega mišljenja, bolečine (5). Cilj zdravljenja naštetih simptomov bolezni je omogočiti pacientu/pacientki čim daljšo socialno in fizično dejavnost, ter tako izboljšati kakovost njegovega življenja. Motnje mokrenja so prisotne kar pri 75–90 % pacientov z multiplo sklerozo (5, 6).

Simptomi se lahko pojavijo kadarkoli v poteku bolezni in zelo vplivajo na kvaliteto življenja pacientov: zaposlovanje, socializacija in spolna aktivnost. Prav zato je pomembno zgodnje odkrivanje težav. Uspeh dosežemo z dobrim sodelovanjem pacientov, z različnimi pristopi izboljšamo kvaliteto življenja in zmanjšamo težave z mokrenjem pri pacientih z multiplo sklerozo (5).

Naloga medicinske sestre je, da z izvajanjem strokovne zdravstvene nege pomaga pri zadovoljevanju potreb še posebno tistim pacientom, ki imajo probleme z motnjami mokrenja. Paciente uči intermitentne kateterizacije, jih pri tem vzpodbuja in jim svetuje v primeru težav. Uspeh lahko dosežemo z dobrim sodelovanjem pacientov, diplomirane medicinske sestre in nevrologa.

2 MULTIPLA SKLEROZA

Po podatkih Mednarodnega združenja za multiplo sklerozo je na svetu okoli tri milijone obolelih za multiplo sklerozo (7). Vsak teden diagnozo postavijo več kot dvestotim. To število se bo še povečalo, saj metode preiskav za ugotavljanje bolezni postajajo vse natančnejše in vedno bolj zanesljive (8).

Na njeno pogostnost vpliva zemljepisni položaj dežele, v kateri živimo, čeprav je pogostnost tudi v deželah z enako zemljepisno širino lahko različna. Nizka incidenca je okoli ekvatorja, povečana incidenca je severno in južno od ekvatorja. Poznamo področja z veliko (več kot 30 pacientov na 100.000 prebivalcev) in področja s srednjo razširjenostjo (5–29 pacientov na 100.000 prebivalcev) (9). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2008 je ocenjena prevalenca najvišja v Evropi. Slovenija leži v osrednji Evropi med 47,1° in 45,3° zemljepisne širine. Meri 20,256 km² in ima približno dva milijona prebivalcev, prištevamo pa jo med področja z veliko razširjenostjo multiple skleroze (9) (86,6 pacientov na 100.000 prebivalcev) (10). V Sloveniji nimamo uradnega registra pacientov z multiplo sklerozo, vendar je po podatkih Združenja pacientov z multiplo sklerozo pri nas okoli 3000 (3,8) pacientov (na Švedskem 8000, v Veliki Britaniji 90.000, v Nemčiji 120.000 in v ZDA 500.000) (9).

Novejša študija je pokazala večjo obolevnost predvsem med izobraženci in srednjim oz. višjim slojem. Multipla skleroza ni dedna bolezen, vendar obstaja genetska nagnjenost (sprejemljivost) oseb, da zbolijo. Znano je, da se je v Evropi povečala pogostnost tudi mnogih drugih avtoimunskih bolezni. Vzrok za to nam še ni poznan (9).

Multipla skleroza je najpogostejša kronična nevroimska bolezen osrednjega živčevja, pravi vzrok za pojav multiple skleroze do danes ni znan (3). Prizadene osrednje živčevje (možgane z možganskimi živci in hrbtenjačo) (7), ki je odgovorno za naše zaznavanje, gibanje in delovanje notranjih organov. Imunski obrambni sistem v telesu pacienta z multiplo sklerozo pomotoma napada in poškoduje lastno tkivo – mielin, belo snov, ki v možganih in hrbtenjači omogoča brezhibno in hitro prevajanje živčnih sporočil (3). V beli snovi so zelo pogosta vnetna žarišča, ki so največkrat asimptomatska in dobro vidna pri slikanju z magnetnoresonančno tomografijo. V svežih žariščih prevladujejo vnetje z edemom, infiltracija mononuklearnih celic in limfocitov. V kroničnih žariščih propada

mielin, prevladuje pa izguba aksonov in tvorijo se brazgotine – sklerotične lehe (10, 11). Zato govorimo o bolezni mielina, ker mielin propada, kot je razvidno s slike 1.



Slika 1: Normalno živčno vlakno in poškodovano živčno vlakno pri multipli sklerози (12)

Kljub ogromnemu napredku v biomedicinski znanosti vemo le, da gre za avtoimunsko vnetno dogajanje znotraj osrednjega živčevja (7). V nastanek bolezni so vpleteni različni dejavniki. Ne vemo, zakaj pride do napačnega delovanja imunskega sistema, znano pa je, da so vzroki za pojav multiple skleroze kompleksni in verjetno vključujejo kombinacijo genskih in okoljskih dejavnikov. Multipla skleroza se ne prenaša s starša na otroka in prav nobenega gena ne povezujejo s pojavom multiple skleroze. Raziskovalci pa so identificirali določene gene, ki predstavljajo povečano tveganje za razvoj multiple skleroze. Pojav multiple skleroze je bolj pogost pri pripadnikih bele rase kot pri drugih rasah, pogostejša je tudi v okolju z zmernim podnebjem kot v tropskih predelih. Preučevali so mnoge viruse in bakterije kot možne dejavnike, ki pripomorejo k pojavu multiple skleroze. Vendar pa kot vzrok pojava za multiplo sklerozo ni bil identificiran prav noben organizem (9, 13).

2.1 Simptomi in znaki multiple skleroze

Bolezni znaki multiple skleroze se ne kažejo vedno na isti način, saj je odvisno, katera področja so bila napadena v osrednjem živčevju. Simptomi pri posameznikih niso samo različni, ampak se razlikujejo tudi skozi čas (7), po težavnosti in trajanju, pogostokrat pridejo v zagonih in vplivajo na enega ali več delov telesa (14).

Oseba z multiplo sklerozo bo običajno občutila več kot en simptom, vendar vsi ljudje nimajo vseh simptomov. *Simptomi* vključujejo mišično oslabelost, vznemirjenje, otrplost

ali motene občutke, slabo koordinacijo, utrudljivost, probleme z ravnotežjem, motnje vida, nehoteno hitro premikanje oči (*lat. nystagmus*), tresenje, krčevitost ali togost mišic, nerazločen govor, motnje s črevesjem in mehurjem, negotovo hojo (*lat. ataxia*), motnje spolne funkcije, povečano občutljivost na toploto ter motnje kratkoročnega spomina, razsodnosti ali logičnega mišljenja (kognitivne motnje) (12).

Kot simptome označujemo motnje, ki jih opiše pacient (npr. mravljinčenje, vrtoglavica, motnje vida), znaki pa so spremembe, ki jih pri pregledu ugotovi zdravnik (npr. sprememba v mišični napetosti, oslabeledost oz. manjša mišična moč, živahnejši refleksi) (9).

Multipla skleroza se lahko izrazi v zelo različnih kliničnih slikah. Na začetku se pogosto pokaže kot klinično izoliran sindrom, največkrat v klinični sliki vnetja vidnega živca (*lat. neuritis optica*): hitra izguba vidne ostrine, izpad vidnega polja, bolečina v očesu lahko tudi slepota. Pogosto se že zgodaj v poteku bolezni pojavijo tudi motnje občutkov kože; mravljinčenje, občutek iglic v rokah ali otrplost v okončinah. Ob napredovanju bolezni oz. v nadaljnjem trajanju opazamo vse izrazitejše motnje motorike in koordinacije. Opisane težave se lahko med seboj v različnih časovnih obdobjih tudi kombinirajo. Simptomi lahko postanejo hujši, ko so ljudje izpostavljeni visokim temperaturam, kot na primer zelo toplo vreme, vroča kopel ali tuš, ali med vročino (14). V skrajnih primerih lahko multipla skleroza povzroči delno ali popolno paralizo (12).

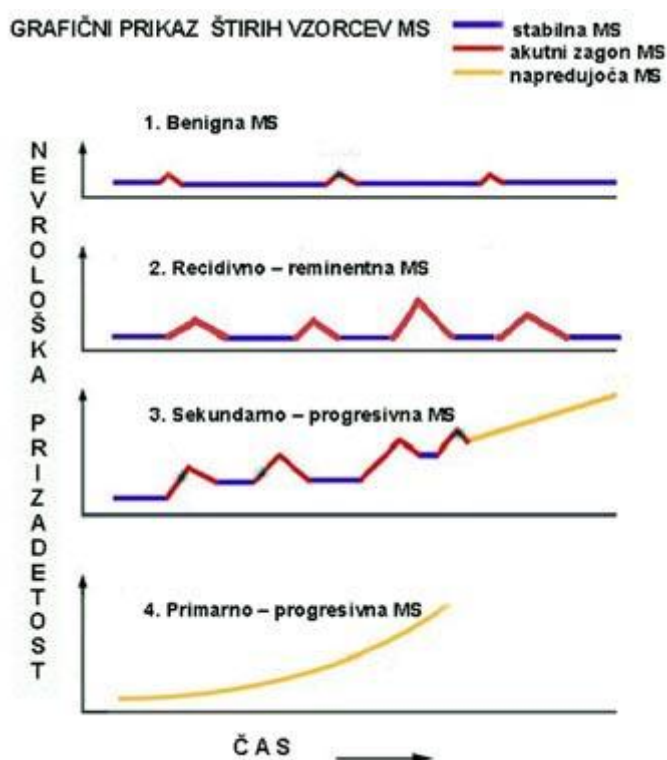
Pogosto spregledane, vendar zato nič manj pomembne, so pri pacientih z multiplo sklerozo motnje mokrenja, odvajanja blata in spolne motnje. Redko se pojavljajo v začetku bolezni, pri večini pacientov pa so prisotne po desetih letih bolezni (9, 13). Statistika pravi, da ima 75–90 % obolelih z multiplo sklerozo težave z mehurjem (5).

Nadzor nad mehurjem se poslabša, kadar so okvarjene živčne poti v sprednjem delu hrbtenjače (15) in možganskega debla, zato se navadno pojavijo sočasno s težavami pri hoji (9, 11, 13). Pacienti pogosto začutijo hudo nujno, da bi šli na stranišče, čeprav v mehurju ni veliko urina. Drugi ljudje trpijo zaradi zastajanja urina, ko ne morejo odtočiti vode, če se še tako trudijo ali če jih še tako tišči. V nekaterih primerih, ko je multipla skleroza že zelo napredovala, pride lahko poleg inkontinence urina tudi do črevesne inkontinence.

V družbi so takšni simptomi še zlasti nadležni zato, ker jih spremlja občutek zadrege in sramu (15). Nekaterim ljudem je o tovrstnih težavah težko govoriti.

2.2 Vzorci poteka multiple skleroze

Imamo več vzorcev simptomov. Pri pacientih z multiplo sklerozo opazujemo različen vzorec poteka bolezni skozi čas, poleg tega pri različnih pacientih opazujemo različno stopnjo prizadetosti. Najpogosteje opazujemo tako imenovano recidivno remitentni potek bolezni, pri kateri se izmenjujejo obdobja brez nevrološke prizadetosti z obdobji poslabšanja, ki jih strokovno poimenujemo zagoni bolezni. Lahko se razvija skozi obdobja poslabšanja (ko se lahko pojavijo novi simptomi ali že obstoječi postanejo resnejši) ali obdobja remisije (ko se simptomi zmanjšajo ali stabilizirajo). Običajno pa se multipla skleroza razvija po enem od štirih vzorcev, ki jih prikazuje slika 2 in so v nadaljevanju podrobneje razloženi (12).



Slika 2: Grafični prikaz 4 vzorcev (12)

Benigna

Benigen je ugoden potek bolezni, pacient je lažje prizadet, multipla skleroza tudi petnajst let po začetku prvih simptomov oz. znakov sploh ne napreduje (9). Prisotni so blagi simptomi, nekaj vmesnih obdobj poslabšanja s popolno remisijo ter čez čas z majhnim ali nikakršnim zmanjšanjem sposobnosti (12). Ugodno obliko bolezni ugotovimo pri 15–20 %

pacientov. Z magnetno resonanco so pri pacientih z ugodnim potekom bolezni dokazali manjše število in manjšo dejavnost novih žarišč v osrednjem živčevju, vendar so po daljšem obdobju (več kot 30 let) tudi pri teh pacientih lahko razvije večja stopnja prizadetosti (9).

Recidivno-remitentna

Prisotna so nepredvidljiva poslabšanja, katerim sledijo delne ali popolne remisije (12). Simptomi oz. znaki se lahko večkrat ponovijo. Poslabšanja imenujemo zagoni. Zagon je vsako poslabšanje že obstoječih simptomov ali pojav novih simptomov, ki traja več kot 24 ur (16). Okrevanje po zagonu je lahko delno ali popolno (17). Opisana recidivno-remitentna oblika, ki jo ima 60–80 % pacientov, lahko pri 40 % pacientov v 6–10 letih preide v sekundarno napredujočo multiplo sklerozo (9).

Sekundarna progresivna (napredujoča)

Po nekaj letih recidivno-remitentna multipla sklerozo preide v sekundarno progresivno multiplo sklerozo. Pri pacientih se pojavi v 50–70 % (16). Zdravstveno stanje se med zagoni postopno slabša (17). Okrevanje po zagonu je nepopolno, kar povzroča splošno pojava fizičnih sposobnosti (12), stopnja prizadetosti se še zvišuje (17).

Primarna progresivna (napredujoča)

Pri primarno napredujoči multipli sklerozi se znaki vsaj dvanajst mesecev postopoma, vendar nepretrgano, slabšajo brez vmesnih izboljšanj. Za primarno progresivno multiplo sklerozo pogosteje zbolijo starejši moški (17). Bolezen napreduje postopoma, vendar je napredovanje prekinjeno zaradi nenadnih zagonov. Ta vzorec je redek (14).

Pozna multipla sklerozo je tista, pri kateri se pojavijo simptomi po 45. letu starosti. Napredovanje bolezni je hitrejše kot pri mladih, gibljivost se zmanjša prej kot pri zgodnji multipli sklerozi. Večja prizadetost je posledica napredujoče nemoči v spodnjih okončinah in zgodnejše motnje hoje (9). Zelo moteč simptom je tudi tresenje. Motnje vida so redkejše kot pri ostalih oblikah bolezni.

Spremembe na magnetni resonanci so manj značilne kot pri pacientih s poprejšnjim začetkom bolezni. Ugotovimo zlasti zmanjšanje prostornine možganov, ki se razvije že po dveh letih trajanja bolezni (9). Obdobje od začetka bolezni do zmerne prizadetosti (stopnja

prizadetosti 3 po Kurtzkejevi lestvici) je enako dolgo kot pri pacientih, ki zbolijo v starosti 20–40 let. Obdobje do težje prizadetosti (stopnje 6 po Kurtzkejevi lestvici) pa je pri pacientih s pozno multiplo sklerozo pomembno krajše. Primarno napredujoča bolezen je pogostejša pri pacientih s pozno multiplo sklerozo (32 %) (9).

Prizadetost multiple skleroze se ocenjuje po *Kurtzkejevi lestvici*, ki nam pove stopnjo funkcionalne prizadetosti. Oznaka za to lestvico je EDSS (*ang: Expanded Disability Status Scale*). Z začetnimi koraki na tej lestvici merimo stopnjo okvare posameznih sistemov, na primer prehodni občutek odrevenelosti na obrazu ali prstih oziroma motnje vida, pri poznejših korakih pa ugotavljamo stopnjo invalidnosti glede na pokretnost pacienta, ki jo določamo predvsem z merjenjem prehojene poti (18).

EDSS meri delovanje naslednjih funkcionalnih sistemov: piramidni sistem (hotni gibi); možgansko deblo (funkcije, kot so očesni gibi, obrazni občutki in gibi, požiranje); vidni sistem; možgani (spomin, koncentracija in razpoloženje); mali možgani (koordinacija gibov ali ravnotežja); senzorični sistem; črevesje in sečni mehur; drugo, vključno z utrujenostjo (18).

Omenjene sisteme ocenjujemo glede na stopnjo okvare, ki se giblje od normalne funkcije z oceno 0 do največje okvare z ocenama 5 ali 6. Omenjene ocene funkcionalnih sistemov z znaki pokretnosti in omejitvami v vsakdanjem življenju uporabljamo za opredelitev 20 korakov lestvice EDSS.

Pri ocenjevanju na začetnih stopnjah lestvice povzroči že majhno povečanje števila simptomov napredovanje za en korak ali več korakov na lestvici EDSS, ker pomeni prizadetost dodatnih funkcionalnih sistemov ali hujšo okvaro oziroma nezmožnost enega funkcionalnega sistema. Od koraka štiri naprej pa postane zmožnost hoje ključni dejavnik pri določitvi ocene na lestvici EDSS. Po drugi strani pa spremembe v drugih funkcionalnih sistemih na tem delu lestvice, na primer glede gibanja rok ali kognitivnih funkcij, ki imajo prav gotovo tudi določen vpliv na splošno počutje osebe, ne vodijo do dodatnih sprememb ocene na lestvici EDSS (18).

2.3 Zdravljenje multiple skleroze

Potek bolezni je izredno nepredvidljiv, veliko pa je odvisno od tega, kako hitro se oboleli začne zdraviti. Multipla skleroza se lahko pojavi nenadoma ali postopno, z enim ali več

nevrološkimi simptomi hkrati. Ti se pojavijo v različnih in nepredvidenih časovnih obdobjih poslabšanja (vzplamtenja) ali zagona, ki jim sledijo obdobja izboljšanja, t. i. klinične remisije. Na začetku so lahko popolne, z leti in nakopičenjem različnih nevroloških prizadetosti pa vedno manj (3). Nezdravljena bolezen vodi v manjšo ali večjo invalidnost (7).

Zdravstveni delavci in svojci pacienta z multiplo sklerozo se v obdobjih poslabšanja, izboljšanja in napredovanja bolezni posvetimo in skrbimo za kakovostno in ustvarjalno življenje pacienta. Danes lahko za pacienta naredimo veliko več, čeprav vzroka bolezni ne poznamo (3).

Pri zdravljenju multiple skleroze se uporabljajo kortikosteroidi in imunomodulacijska zdravila (interferoni beta 1a in 1b, glatiramer acetat), citostatiki in monoklonska protitelesa (7).

Kortikosteroidi so zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje zagonov bolezni, to je pojav novih motenj ali ponovitev prejšnjih. Kortikosteroidi zmanjšajo vnetje in skrajšajo trajanje kliničnega zagona (7). Pacientu lahko kortikosteroide dajemo intravenozno (v bolnišnici) ali oralno (v obliki tablet, doma).

Imunomodulacijskih zdravila so iz vrst interferonov. Pri zdravljenju multiple skleroze uporabljamo interferon beta 1a in 1b, poleg teh dveh v isto skupino uvrščamo tudi glatiramer acetat. Vsa zdravila so na voljo v obliki podkožne ali intramuskularne injekcije. Injekcijski sistemi so preprosti za uporabo, paciente se najprej nauči samo-aplicirati terapijo v ambulantni pod nadzorom, nato pa lahko pacient samostojno nadaljuje z aplikacijo doma.

Monoklonska protitelesa so najnovejša zdravila. Do sedaj je bil najpogosteje uporabljen natalizumab, ki ga prejemajo pacienti v obliki infuzije v bolnišnici vsake štiri tedne.

Od julija 2012 je na razpolago tudi fingolimod, ki je prvo imunomodulatorno zdravilo v obliki tablet. Za multiplo sklerozo je to zdravilo v veliko zadovoljstvo in olajšanje za zdravljenje pacienta, saj mora pacient le prvi odmerek zdravila prejeti pod 6 urnim nadzorom v bolnišnici. Če pacient po prvem odmerku nima težav, nadaljuje vsaki dan z eno tableto v domačem okolju.

2.4 Motnje mokrenja

Kot sam potek bolezni so pri pacientkah z multiplo sklerozo tudi motnje mokrenja nepredvidljive. Rezultati raziskav so pokazali, da so motnje mokrenja pogostejše pri pacientkah z zgodnjim pričetkom bolezni in pri pacientkah z večjo stopnjo prizadetosti (5).

Motnje mokrenja zelo vplivajo na kvaliteto življenja pri pacientkah z multiplo sklerozo, saj se te bojijo nekontroliranega uhajanja urina in zato večkrat gredo na vodo in zaužijejo manj tekočine. Od vseh simptomov pri multipli sklerozi se ljudje počutijo najbolj nesrečne zaradi inkontinence, nenadzorovanega uhajanja urina. Nemalokrat se socialno izolirajo (15).

Pri obravnavi motenj mokrenja je pogovor s pacientko velikega pomena. Diplomirana medicinska sestra iz pogovora s pacientko lahko pridobi zelo pomembne informacije; razbere njene navade v zvezi s pitjem tekočine, prisotnost težav z mokrenjem, izvaja kontrole nad frekvenco izločanja, pogostostjo težav, iskanjem pomoči, poskusi in uporabo samokateterizacije (5).

Količina urina, ki jo je sečni mehur sposoben držati, je odvisna predvsem od tega, kako smo vzgajali mehur od otroštva naprej. Mehur naj bi izpraznili štiri do osem krat na dan, včasih v presledkih približno na tri do pet ur, odvisno od količine zaužite tekočine. Zdrav mehur ima kapaciteto od 300–500 ml tekočine (19). Vnos tekočine je bistvenega pomena za normalno delovanje ledvic in mehurja. Ljudje z motnjami mokrenja pogosto pijejo manj v upanju, da bodo z zmanjšanjem vnosa tekočin zmanjšali tudi probleme z mehurjem. Vendar zmanjšanje vnosa tekočin povzroča številne težave, vključno s proizvajanjem koncentriranega urina, ki ustvarja dobro okolje za okužbo v mehurju. Splošni nasvet je, da zaužijemo 1–2 litra ali 6–8 kozarcev tekočine na dan (19, 20). Dnevno izločimo 1000–1500 ml urina (19, 21).

2.4.1 Nadzor spodnjih sečil

Za normalno delovanje spodnjih sečil je potrebno usklajeno delovanje osrednjega živčevja. Za lažje razumevanje razdelimo delovanje spodnjih sečil na skladiščenje in praznjenje urina. Pri obeh sodelujeta mehur oz. mišice mehurja in mišice sečnice (sfinkterski mehanizem – mišica zapiralka).

V osrednjem živčevju so pomembna mesta za uravnavanje mokrenja v čelnem režnju, možganskem deblu in v hrbtenjači. V čelnih režnjih velikih možganov je hoteni nadzor, ki preklopi center v možganskem deblu iz »programa shranjevanja« v »program praznjenja« urina. Informacije potujejo v center v hrbtenjači, od tam pa po živcih do mehurja in sečnice (5).

Ledvice ustvarijo urin kot sredstvo za izločanje odpadnih snovi in preostanek vode iz telesa. Urin se po sečevodu izloča v sečni mehur, ki se polni in se počasi razteguje kot balon. Mehur je kot posoda za shranjevanje. Mišice mehurja se lahko širijo in krčijo. Pri tem je mišica zapiralka sečnice, ki obdaja sečnico in ki deluje kot ventil, zaprta. Zapirati sečnico pomagajo tudi mišice medeničnega dna in vezi, ki podpirajo mehur in črevo, pri ženskah tudi maternico in nožnico (19).

Naši možgani ves čas podzavestno beležijo, kako poln je naš sečni mehur. Ko se mehur napolni do določene ravni, so živčni končiči v steni mehurja stimulirani in pošljejo signal do dela hrbtenjače, ki nadzoruje refleks praznjenja mehurja. To področje hrbtenjače nato pošilja sporočila v možgane, ki nas opozorijo, da je treba na stranišče. Obstaja možnost, da se signale, ki jih sporočajo možgani, lahko prezre za eno do dve uri.

Ko bi radi opravili malo potrebo, se pojavi spet priložnost za izpraznitev mehurja, možgani pošljejo drugo sporočilo nazaj na refleksni center na hrbtenjačo in na mišice mehurja (detruzorska mišica), da se mišica mehurja skrči in iztisne urin iz sečnega mehurja, hkrati pa podporne mišice (mišica zapiralka) prejmejo sporočilo, naj se sprostijo in omogočijo urinu, da odteče skozi sečnico (5, 19, 20, 22, 23).

Če sporočila niso usklajena ali če mišice ne delujejo pravilno, nastanejo težave z nadziranjem sečnega mehurja (23).

2.4.2 Urološke preiskave

Urološke preiskave ob težavah z nadziranjem sečnega mehurja obsegajo: anamnezo, urološko usmerjen pregled, predvsem pregled spodnjega dela trebuha, dimelj in zunanega spolovila; pregled urina za izključitev okužbe sečil; ultrazvočno preiskavo sečil za določitev splošnega stanja zgornjih sečil pridobimo informacije (o zaostanku urina, sečnih kamnov, tvorbe v mehurju, ipd.) (21).

Merjenje zastojnega urina

Zelo pomembno mesto v obravnavi motenj mokrenja ima merjenje zastojnega urina, saj je le-ta nemalokrat vzrok za vnetje spodnjih sečil in tudi vzrok za poslabšanje bolezni. Zastojni urin se lahko enostavno izmeri z enkratno samokateterizacijo ali z nebolečo ultrazvočno preiskavo sečil, s katero pridobimo zelo pomemben podatek glede praznjenja mehurja. Okužbe sečil so posledica zastajanja urina v mehurju in so sprožilni dejavnik za zagon oziroma poslabšanje bolezni (5).

Urodinamske preiskave

Urodinamske preiskave dajo natančno oceno funkcije spodnjih sečil. Mehur napolnimo s fiziološko raztopino preko katetra, to omogoča različne meritve. Z meritvami pridobimo informacijo o kapaciteti mehurja (maksimalen volumen, ki ga tolerira pacientka), občutljivosti mehurja in informacijo o nehotnem krčenju mišic mehurja. Prav tako pridobimo informacijo o pritisku znotraj mehurja in pretoku urin med praznjenjem in pritisku v mišicah mehurja med praznjenjem (5).

Nevrološke preiskave

Med nevrološke preiskave, pomembne za diagnozo urinske inkontinence, štejemo elektroencefalografijo (EEG) in elektromiografijo (EMG) mišic medeničnega dna. Elektroencefalografija je pomembna le pri ženskah, ki imajo urgentno inkontinenco, saj pri njih lahko s to preiskavo odkrijemo okvare možganovine, posebno spremembe na frontalnem režnju možganov.

Pomembnejša preiskava pri diagnozi stresne in urgentne inkontinence je elektromiografija mišičja medeničnega dna (24).

Elektromiografija sestoji iz več testov, s katerimi ocenjujemo delovanje živcev in mišic, in to po njihovi električni aktivnosti. Obseg preiskave je različen, odvisen od napotene diagnoze.

Preiskavo vodi zdravnik specialist nevrolog, pomaga pa mu nevrofiziološki asistent, ki del preiskave opravi sam.

Za odjemanje električne aktivnosti, ki nastaja ob krčenju mišice, uporabljamo bodisi majhne površinske elektrode, ki jih položimo na kožo nad živcem ali mišico, bodisi tanke

igelne elektrode, ki jih zabodemo v mišico. V nekaterih primerih tudi dražimo živec s povsem nenevarnimi električnimi impulzi. Električno aktivnost mišic spremljamo in ocenjujemo na zaslonu. Preiskava je v celoti le malo boleča. Primerjamo jo lahko z odvzemom krvi (25).

Morebitni zapleti pri nezdravljenem zastajanju urina:

- okužba sečil (zastoj urina, kateteriziranje),
- sečni kamni in v skrajnem primeru celo odpoved ledvic.

Zastali urin je odlično gojišče za bakterije, ker je urin koncentriran, je možnost nastanka sečnih kamnov povečana. V najtežjih primerih pa zastali urin iz mehurja vdira proti ledvicam (vesicoureteralni refluks), kar povzroči napihnenost in dilatacijo ledvic, oviran pretok urina iz ledvic, kar vodi v postopno atrofijo (zmanjšanost ledvic) in odpoved ledvic. Ta je lahko glavni vzrok smrti pri pacientkah z nevrološko okvaro mehurja.

Problemi, ki izhajajo iz motenj nevrogenega mehurja, se od pacientke do pacientke močno razlikujejo in so velik izziv za ekipo zdravstvenega varstva. Obstaja več dolgoročnih ciljev, ki so primerni za vse vrste motenj z nevrogenim mehurjem (21, 26):

- preprečevanje napihnenosti mehurja,
- praznjenje mehurja redno in v celoti,
- ohranjanje sterilnosti mehurja brez nastanka kamnov,
- ohranjanje ustrezne zmogljivosti sečnega mehurja, ki nimajo refluksa.

Posebni ukrepi vključujejo stalno, občasno ali samokateterizacijo, prehrano z nizko vsebnostjo kalcija ter spodbujanje mobilnosti in pitja tekočin (26).

Vidik zdravstvene nege

V okviru zdravstvene nege pri pacientkah z motnjami mokrenja ocenjujemo zmožnost samooskrbe, spremljamo zaužito tekočino, kontroliramo pogostnost mikcij in količino urina ter prisotnost okužb v tekočem letu, ocenimo tudi psihično stanje pacientke.

Vse to dokumentiramo ob pacientkini kontroli v nevrološki ambulanti. Ob pojavu motenj mokrenja se sestanejo diplomirana medicinska sestra, zdravnik nevrolog in pacientka ter skupno obravnavajo nastale težave.

Glede na stopnjo prizadetosti naredijo načrt aktivnosti in izberejo najboljše možnosti, kar pripomore k dvigu kvalitete pacientkinega življenja.

Pomembno je, da diplomirana medicinska sestra gradi zaupanje in omogoči pacientki dovolj časa, da pridobi določena znanja in se nauči izvajanja postopkov. Bolezen sama onemogoča izvajanje določenih gibov, dobro koordinacijo, zato je izrednega pomena, da naučimo pacientke, kako si v domačem okolju lahko pomagajo. Poučimo jih o tem, da imajo možnost posvetovanja z diplomirano medicinsko sestro v slučaju problemov preko telefona ali osebno. Pri delu s pacientkami je ključnega pomena profesionalen odnos in veliko empatije, le tako nam bodo zaupale svoje težave.

2.4.3 Oblike motenj mokrenja

Pri pacientih z multiplo sklerozo so motnje mokrenja zelo pogoste, saj jih najdemo kar pri 75 do 90 % obolelih. Pogostost simptomov prikazuje preglednica 1.

Preglednica 1: Pogosti simptomi motenj mokrenja pri pacientih z multiplo sklerozo (5)

Strokovno poimenovanje simptoma	Simptom
Urgenca (80 %)	Občutek takojšnjega praznjenja mehurja
Frekvenca (80 %)	Povečano število mokrenj
Nikturija (80 %)	Pogosto mokrenje ponoči
Inkontinenca (50 %)	Uhajanje urina
Hezitacija (20 %)	Otežen pričetek mokrenja

Pojavijo se lahko *motnje shranjevanja* in praznjenja urina ali obojega.

Motnje shranjevanja se pojavijo zaradi prehitrega in nekontroliranega krčenja mišic mehurja že ob majhni količini urina in ob vsakem draženju. Kažejo se (5, 27–29) v:

- frekvenci (pogostejše je treba hoditi na vodo),
- urgenci (ob občutku, da je treba na vodo, se ne da zadržati vode več kot nekaj minut),
- siljenju na vodo ponoči,

- urgentni inkontinenci (ko oseba z multiplo sklerozo začuti, da jo tišči na vodo, in nima možnosti takoj priti do stranišča, se pomoči),
- nehotnim izpraznjenju mehurja v spanju.

Motnje praznjenja so posledica neusklajenega hkratnega krčenja mišice mehurja in sfinkterskih mišic, lahko pa so tudi posledica nepravilnega in nezadostnega krčenja samo mišic mehurja. Mišice mehurja se krčijo prehitro in prepogosto, da bi se mehur v celoti izpraznil. Ko se mišice mehurja skrčijo, je tok urina počasen, lahko tudi prekinjen. To pripelje do nepopolnega praznjenja mehurja in zastajanja urina v mehurju, ki je vzrok za pogoste okužbe sečil in to lahko zelo poslabša osnovno bolezen.

Motnje praznjenja se kažejo v (5, 27, 28):

- počasnosti pri pričetku mokrenja (otežen začetek mokrenja),
- občutku nepopolno izpraznjenega mehurja;
- slabem curku;
- nezmožnosti hotenega mokrenja.

Simptomi pa niso vedno zanesljiv pokazatelj disfunkcije, kar še posebej velja za nepopolno izpraznjenje. Velikokrat imajo osebe z multiplo sklerozo občutek, da popolnoma izpraznijo mehur, dejansko pa v njem ostaja večja količina urina (5, 27, 28).

Zato je zelo pomembna določitev volumna zastojnega urina v mehurju (5).

Večji količini urina, ki ostaja v mehurju, pravimo zastojni urin.

Zastojni urin je količina urina, ki po mokrenju ostane v mehurju, kot posledica nepopolnega praznjenja mehurja. Zastojni urin je vzrok za pogoste okužbe sečil pri pacientkah z multiplo sklerozo, z leti pa lahko poslabša spastičnost spodnjih okončin (28). Nekatere pacientke imajo občutek, da se mehur po mokrenju ne izprazni popolnoma, določene imajo občutek nenehnega siljenja na vodo, med tem ko druge pacientke tega občutka nimajo, urin lahko pa kljub temu ostaja v mehurju (5).

2.4.4 Zdravljenje motenj mokrenja

Ob natančni anamnezi in meritvah zastojnega urina se zdravnik odloči o načinu zdravljenja. Način zdravljenja zajema:

- priučitev intermitentne kateterizacije;
- zdravljenje z zdravili;
- urjenje mišic medeničnega dna in urjenje sečnega mehurja;
- sprememba življenjskih navad;
- vodenje dnevnika o mokrenju.

Učinkovitih zdravil za izboljšanje praznjenja mehurja še ni znano (13).

Zdravila, ki jih uporabljamo za zdravljenje motenj mokrenja, vplivajo predvsem na frekvenco in urgenco in jih imenujemo antiholinergiki in antimuskariniki. Pacientkine težave, kot so nujna, uhajanje urina, pogosto mokrenje podnevi in ponoči, je mogoče najhitreje in najučinkoviteje umiriti prav s temi zdravili. Učinek zdravil se kaže v zmanjšani pogostosti mokrenja podnevi in ponoči. Stranski učinek zdravila je povečanje volumna zastojnega urina. Prav zato je zelo pomembno, da pred zdravljenjem izmerimo volumen zastojnega urina. Antimuskariniki so zdravila, ki ne delujejo le na mišice sečnega mehurja, ampak tudi na druge organe (žleze slinavke, črevo, očesno mišico), zato ima pacientka med jemanjem teh zdravil lahko spremljajoče težave kot so: suha usta, zaprtje, motnje vida. Omenjene težave so največkrat zelo blage, ne potrebujejo dodatnih ukrepov in navadno izzvenijo v nekaj tednih zdravljenja (30, 31).

Siljenje na vodo ponoči lahko odpravimo tudi z uporabo antidiuretičnega hormona, kot vpih 1- do 2-krat v nos pred spanjem. Tako se zmanjša izločanje urina do 8 ur. Pacientko opozorimo, da se sme zdravilo uporabljati le enkrat v obdobju 24 ur.

V nekaterih primerih se zaradi zelo napredovalih motenj mokrenja odločimo za stalni urinski kateter ali za suprapubično namestitev katetra. V tem primeru je kateter nameščen neposredno v mehur. Zelo pomembno je, da pacientka uravnava pitje tekočine.

Predvsem mora omejiti vnos živil in tekočin (kava, čaj, alkoholne in gazirane pijače), ki dražijo mehur ali povečajo izločanje urina. Dnevnik mokrenja nam pomaga pri prepoznavi motenj mokrenja, zato je treba pacientke spodbujati naj vodijo dnevnik. Pacientka naj si zapisuje podatke o pitju tekočine, občutkih nujnosti ali o nenadzorovanem uhajanju urina. Oцени naj tudi količino zaužite in izločene tekočine (5).

S pomočjo zdravil, katetra in s spremembo življenjskih navad je možno obvladati problem inkontinence in še naprej skoraj normalno živeti.

Pri uporabi takšnih zdravil je treba redno beležiti zaostanek urina v mehurju, da ne bi zdrsnili v drugo težavo, zaostajanje urina zaradi ohlapnosti in njegove stisnjene zapiralke, ki se lahko pojavi tudi kot prva težava (32).

Treba je poudariti, da je večino pacientk z inkontinenco urina mogoče ozdraviti ali jim vsaj precej olajšati težave. Optimalno zdravljenje je pa odvisno od specifičnega pacientkinega problema. Pri akutni inkontinenci je največkrat vzrok okužba mehurja, ledvic, sečevoda, sečnice ali katerekoli kombinacije teh organov. Obolenje se pokaže kot pogosto mokrenje in tiščanje na vodo, vendar je prisoten tudi prepoznavni simptom pekočega občutka pri mokrenju. Če ima pacientka takšne težave, naj čim prej obišče zdravnika (32).

2.5 Aktivnosti zdravstvene nege pri pacientkah z motnjami mokrenja

Diplomirana medicinska sestra oceni stopnjo samooskrbe pacientke, na podlagi ocene ji nudi pomoč, nadzor in jo zdravstveno vzgaja. Predvsem ji nudi pomoč pri izvajanju osebne higiene, oblačenju, posedanju na invalidski voziček, vožnji od terapije do terapije, urejanju položaja tako v postelji kot na invalidskem vozičku ter skrbi za njeno okolico (33). Spodbuja pacientko, da vse aktivnosti opravlja čim bolj samostojno. Poveže se tudi z delovnim terapevtom in skupaj skušata povečati stopnjo samostojnosti pacientke pri dnevnih aktivnostih. Na voljo imamo nekaj pripomočkov, ki pacientkam olajšajo postopke npr. obuvanje nogavic, čevljev. Namen je čim dlje vzdrževati telesno zmogljivost in gibljivost pacientke z multipla skleroza. Zelo pomembna je pacientkina vloga, ki naj ne bi bila več pasivna in trpeča oseba, ampak naj bi se aktivno vključevala v načrtovanje in izvajanje nalog.

Diplomirana medicinska sestra budno spremlja pacientke in opazuje znake poslabšanja stanja oziroma znake vračanja posameznih funkcij ter spremlja njihovo psihično stanje (34). Pogosto se diplomirana medicinska sestra prva sreča s pacientkinimi problemi in prilagajanjem nanje. Potek nege je seveda odvisen tudi od pacientkinega psihofizičnega stanja (35).

Multipla skleroza povzroča zmanjšano gibljivost, kar še bolj pripomore k utrujenosti oz. nemoči pacientke. Zato se pacientke težje gibljejo v okolju brez arhitekturnih prilagoditev, kot je dostop do javnih sanitarij, javnih prostorov, javnega prevoza itd. Vsaka prekomerna

aktivnost, ki pacientko utruja, ji lahko povzroči začasno dnevno nesposobnost. Zato mora vse delati počasi, z vmesnimi počitki. Pomembno je dobro nočno spanje, pacientka pa mora počivati tudi čez dan. Zanja je pomembno mirno, sproščeno okolje. Ne smemo jo priganjati in od nje pričakovati, da se bo telesno in duševno hitro odzivala. Pacientke se ne smejo preobremenjevati z delom, ker utrujenost negativno vpliva na potek bolezni in lahko celo povzroči njeno poslabšanje. Med aktivnostmi si mora pacientka večkrat odpočiti, živi naj čim bolj mirno življenje, izogiba naj se stresom, lokalnim okužbam, visoki temperaturi (vroče kopeli, dolga sončenja itd.), hitrim spremembam podnebja, ropotu, kajenju in alkoholu. Pacientka naj si vzame čas za oddih, relaksacijo in mirno rekreacijo. Skrbi naj za zdravo prehrano, ki naj vsebuje čim manj živalskih maščob, a več rastlinskega olja (36).

Veliko pacientk z multipla sklerozo ima težave z nadzorovanjem izločanja urina, ki se kaže kot nujna, pogostost, nekontrolirano uhajanje ali zastoj (34). Če disfunkcijo mehurja ne zdravimo, lahko povzroči trajne poškodbe sečil. To se zgodi, ko je praznjenje mehurja nepopolno, in urin se ohrani, kar povzroča okužbo sečil in nastanek kamnov, ki se zbirajo iz mineralov. Nenehno puščanje urina lahko povzroči okvare kože in okužbe (36).

Če je pri inkontinentnih pacientkah koža cela, je potrebno samo podlagati plenice za enkratno uporabo ali hlačne plenice. Vsakodnevno je potrebno negovati anogenitalni predel. Po navodilu zdravnika je potrebno menjati vstavljen stalni urinski kateter.

Če opazimo spremembe urina, obvestimo zdravnika in predlagamo pacientki, naj zaužije več tekočine. Če je sprememba urina še vedno prisotna, potem zdravnik pri hospitalizirani pacientki predpiše infuzijo, včasih predpiše izpiranje mehurja s sterilno raztopino.

Pri pacientkah z zastojem urina rešujemo težavo na dva načina, z vstavitvijo stalnega urinskega katetra ali z intermitentno čisto samokateterizacijo.

Intermitentna čista samokateterizacija je postopek, ki se uporablja pri pacientkah, ko ne morejo izprazniti mehurja ali pa ga praznijo nepopolno, in za pacientke, ki ne morejo nadzirati praznjenja mehurja. Intermitentna čista samokateterizacija rešuje problem občutka polnega mehurja (37).

Postopek lahko uporabljamo začasno ali trajno, upoštevamo osnovna pravila asepse. Mehur izpraznimo s katetrom samo takrat, ko pride do retence urina in ko je poln. O pogostosti kateterizacije se odločimo glede na zaostanek urina v mehurju. Za pacientke je včasih težava pri samostojni kateterizaciji zaradi pacientkinih okvar vida, senzoričnih

okvar, ohromelosti, ataksij in zmanjšanja kognitivnih funkcij, saj onemogoča pacientki samokateteriziranje (33).

Pacientke z motnjami mokrenja so nagnjene k pogostejšim okužbam sečil, zato večkrat laboratorijsko pregledamo urin in po potrebi napravimo tudi mikrobiološko preiskavo po Sanfordu. Težave z izločanjem urina lahko delno zmanjšamo z maksimalno električno stimulacijo mišic medeničnega dna. Uporabljamo jo po navodilu urologa ali ginekologa (33). Stimulatorja ne smemo uporabljati pri ženskah z vnetjem mehurja, nožnice ali med menstruacijo (34).

Večkrat je treba v skrbi za pacientko pritegniti tudi svojce. Moteno delovanje mehurja pogosto privede do izogibanja druženju in omejuje normalne vsakodnevne dejavnosti (36).

Ti velikokrat potrebujejo pomoč, da primerno sprejmejo težave, ki se pojavijo, in pacientkam ustrezno pomagajo. Nekateri svojci s pretirano skrbjo in ustrežljivostjo zadušijo vso pacientkino iniciativnost in samostojnost. Tako postanejo pacientke prekmalu odvisne od tuje pomoči. Pomembna je pomoč diplomirane medicinske sestre pri vračanju pacientke v domače okolje – ohrabritev, spodbuda, učenje svojcev, praktični nasveti (34). Pomembno je, da ostane pacientka čim dalj časa aktivna in udeležena v vsakdanjem družinskem življenju, kjer naj prevzame tudi nekatere obveznosti (33).

2.5.1 Negovalne diagnoze pri motnjah mokrenja

Izločanje je življenjska aktivnost, ki omogoča odstranitev produktov prebave in je v tesni povezavi s prehranjevanjem, nanaša se na mikcijo (38).

Faktorji, ki vplivajo na izločanje (38):

- biofiziološki – ustrezna prehrana, gibanje, sprememba v delovanju živčnega sistema,
- psihični – stres, strah, potrlost,
- socialno-kulturni – zadržanost, sram,
- faktorji okolja – bolnišnično okolje.

Navade pacienta, ki so povezane z izločanjem, so lahko pozitivne ali negativne. Pozitivne navade: kadar sam sebe opazuje, opazovanje primesi, uravnava morebitne težave, zna

presoditi, kdaj potrebuje zdravniško pomoč. Negativne navade: kadar se ne opazuje, ko ne obišče zdravnika, ko nastopijo resne težave, kadar nima razvitih dobrih higienskih navad.

Spremembe v aktivnosti:

- psihosocialni vplivi (zelo intimna aktivnost, če pacientka potrebuje pomoč pri izločanju),
- fizična aktivnost (če je gibanje zmanjšano, to vpliva na mišični tonus; pri izločanju sodelujejo trebušne mišice in mišice medeničnega dna),
- položaj med izločanjem (ovira ležeči položaj pacienta),
- vpliv bolezni (npr. operativni poseg, narkotiki, sedeče delo, nepokretnost, povišana telesna temperatura),
- bolečina,
- sprememba okolja, pomanjkanje intimnosti.

Ugotavljanje pacientovih potreb:

- pogovor s pacientom – ugotovimo njegove potrebe, odnos do aktivnosti izločanja, značilnosti urina in gibanje, bolezen, počutje ob izločanju, intimnost itd.,
- pregled, opazovanje pacienta – opazujemo pacientovo izločanje in napravimo meritve,
- odstopanja v izločanju urina – inkontinenca, zastoj (retenca), povečano izločanje urina (poliurija), zmanjšanje količine urina (oligourija), občasna nezmožnost, uhajanje urina, krvav urin (anurija),
- izločanje urina po nenaravni poti – samokateterizacija, stoma, stalni kateter,
- pregled medicinske dokumentacije,
- pogovor s svojci,
- pogovor z ostalimi člani zdravstvenega tima.

Opazovanje urina:

- količina – normalna za odraslega 1000–2000/24 ur,
- normalna specifična teža (relativna gostota 1001–1030, odvisno od popite tekočine in koncentracije),
- videz in barva – normalno je urin bister, barva se spreminja zaradi primesi,
- vonj – odvisen od primesi, svež urin je neznačilnega vonja,

- pH – normalen je 6 (rahlo kisel),
- motnje mikcije (pogosto (disurija), izločanje ponoči (nikturija), poliurija, anurija, retenca urina, inkontinenca).

Možne negovalne diagnoze:

- deficit telesnih tekočin (premalo zaužitih tekočin),
- urinska inkontinenca,
- deficit v samonegi: izločanje,
- deficit v samonegi: prehranjevanje,
- nevarnost infekcije urotrakta,
- neznanje (poškodba),

Načrtovanje zdravstvene nege:

Glede na ugotovljene negovalne diagnoze in potrebe načrtujemo negovalne cilje:

- ugodno psihično počutje pacientke,
- uriniranje bo brez bolečin in po vzorcu,
- urejena bo hidracija,
- pri pacientki bo zagotovljena intimnost,
- bo imela pomoč pri uriniranju,
- pacientkino okolje bo urejeno,
- pacientka bo poučena in bo znala izvesti intermitentno čisto samokateterizacijo.

Negovalne intervencije:

- pomoč pri izločanju izven postelje (pomoč pri vstajanju, ureditev sanitarnega vozička, anogenitalna nega, umivanje rok, zagotovitev varne poti do sanitarij, namestitev klicne naprave, ureditev suhe posteljnine, zračenje prostorov),
- pomoč pri izločanju v postelji (zagotovitev intimnosti, namestitev v ustrezní položaj, umivanje rok, zračenje prostora, menjava posteljnine, namestitev klicne naprave),
- zdravstvena nega pacientke z urinskim katetrom,
- zdravstvena nega inkontinentnega pacienta (anogenitalna nega po izločanju, uporaba pleníc, nega kože, zaščita postelje, psihična podpora, vodenje bilance

tekočin in pobude za pitje in hranjenje, aplikacija zdravil po naročilu zdravnika, aplikacija klizme),

- zdravstvena nega stome,
- spodbujanje fizičnih aktivnosti,
- zdravstveno vzgojno delo o preprečevanju motenj mokrenja in samokateterizaciji.

Zdravstveno nego načrtujemo individualno, upoštevamo posebnosti pacienta.

Smernice:

- urediti ustrezno prehrano in tekočino,
- izvajati anogenitalno nego,
- menjavati osebno in posteljno perilo,
- pomagati pri izločanju v postelji ali izven nje,
- aplicirati terapijo (po naročilu zdravnika),
- razložiti uporabo pripomočkov za inkontinenco,
- negovati stomo.

Vrednotenje zdravstvene nege:

Z vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na postavljene cilje, ki smo jih določili med načrtovanjem zdravstvene nege (38).

Merjenje volumna zastalega urina.

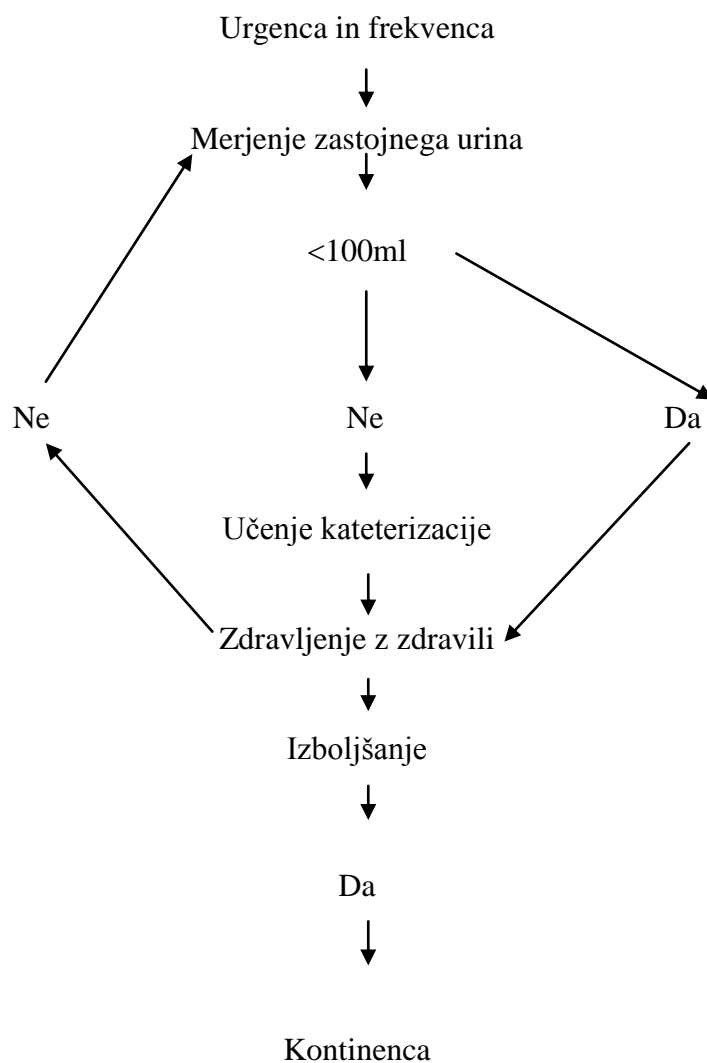
Pacientko prosimo, da gre na stranišče ter mokri. Poučimo jo, da naj ob koncu mokrenja pritisne na spodnji del trebuha ter se potrudi, da čim bolj izprazni mehur. Smiselno je, da osebe, ki imajo težave pri praznjenju mehurja, redno, ob vsakem uriniranju izvajajo pritisk na spodnji del trebuha. Po uriniranju izmerimo volumen zastalega urina, kar lahko opravimo na dva načina (5, 28):

- z enkratno kateterizacijo (posegom, kjer vstavimo kateter skozi sečnico v sečni mehur)
- z ultrazvočnim merjenjem s pomočjo naprave "BladderScan".

To je neboleča preiskava, s pomočjo katere diplomirana medicinska sestra s posebnimi znanji z ultrazvokom izmeri volumen urina, ki je ostal v mehurju po mokrenju, in s tem dobimo podatek, koliko urina je po uriniranju še ostalo v mehurju. Če je zastojnega urina

več kot 100 ml, je pacientko smotrno naučiti intermitentne samokateterizacije (Preglednica 2) (5, 6, 27, 28).

Preglednica 2: Potek obravnave motenj mokrenja (5, 6, 13)



2.5.2 Zdravstvena vzgoja pacientk z motnjami mokrenja

V zdravstveni negi inkontinentne pacientke so pomembni načini reševanja problema in ustrezna komunikacija med medicinsko sestro in pacientko. Diplomirana medicinska sestra ima več vlog: vlogo učiteljice, prijateljice in zaupnice pacientki z multiplo sklerozo (39). Pri pacientkah z multiplo sklerozo nastopijo telesni problemi kot so neudobje, stalna mokrota, neprijeten vonj, finančni problemi – izdatki za pripomočke itn., spremljajo pa jih prav tako duševne stiske – nelagodje v družbi, doma, na delovnem mestu (37).

Pacientke zato gledamo vedno celostno, kot osebe z individualnimi potrebami skupaj z njihovimi družinami in okolico (39). Ljudje so v zadregi, ko morajo poiskati pomoč zaradi nečesa, česar se sramujejo. Pa tudi osebni zdravniki ne napotijo pacientk dovolj zgodaj po pomoč. Veliko obolelih z multiplo sklerozo trpi zaradi zastajanja urina, ko bi jim prva pomoč lahko prihranila bolečine in bedno počutje (15). Tem ljudem se je treba približati individualno in njihove težave reševati na ustrezen način.

Diplomirana medicinska sestra pri obravnavi pacientk z multiplo sklerozo porabi velik del svojega časa za zdravstveno vzgojno delo. V zadnjih letih sta se zdravljenje in diagnostika multiple skleroze zelo spremenila. Ker se uveljavljajo vedno novi načini zdravljenja, je nujno, da tem novostim sledijo tudi medicinske sestre. V tujini že dalj časa poznajo diplomirane medicinske sestre, ki so specializirane za področje multiple skleroze. Zdravljenje pacientk z multiplo sklerozo je lahko dokaj uspešno, če pri njem dobro sodeluje ekipa strokovnjakov: nevrolog, fizioterapevt, delovni terapevt in psiholog, v kateri imajo pomembno vlogo tudi medicinske sestre. Prav one so v najtesnejšem stiku s pacientkami, jim ponujajo tako strokovno pomoč kot tudi spodbudne besede (35).

Diplomirana medicinska sestra je zaradi stalnega stika s pacientkami pri reševanju oziroma preprečevanju številnih osnovnih medicinskih problemov in zapletov pomemben član zdravstvenega tima (34). Po drugi stani poznamo veliko primerov, ko se je inkontinenca izboljšala, potem ko so ljudje odkrili, na katero hrano so alergični in so jo nehali jesti.

Težave z mehurjem velikokrat postanejo večje, kot bi bilo treba, ker jih preprosto zanemarimo.

2.5.3.1 Nasveti o življenjskem slogu

Uživanje tekočin

Vnos tekočine je bistvenega pomena, saj s tem preprečujemo, da urin ne bi postal temne barve, neprijetnih vonjav in da v njem ne bi bilo primesi. Najbolje je, da se pije več v prvi polovici dneva kot zvečer, saj se izognemo vstajanju ponoči in tako pripomoremo k boljšemu počitku. Na dan priporočamo 5 kozarcev, če se da, lahko še več, od 8 do 10 kozarcev. Predvsem priporočamo pitje brusničnih tablet, čaja ali soka. Brusnice vsebujejo kemikalije, ki preprečujejo bakterijam, da bi se oprijele stene mehurja in s tem zmanjšajo tveganje za okužbo (22).

Pri težavah z ledvicami in mehurjem se priporoča tudi čebula, česen, goli kilavec, ogrščica, krvavi mlečnik, majaron, navadna breza, zlata rozga, rman, rožmarin, šipek, njivska preslica, regrat, vedno zeleni gornik, velika kopriva, vrtni janež, navadni gladež, prava kamilica, sabal, črni bezeg, ki so na voljo v obliki čajev, sokov, tablet oz. kapsul.

Hrana

Priporoča se hrano z visoko vsebnostjo vlaknin; zelenjava, sadje, za olajšanje prebave. Izogibajte se paradižniku in prehrani na paradižnikovi osnovi, začinjeni hrani, hrani in pijači iz agrumov, čokolade, pijači in živilom, ki vsebujejo umetna sladila (19).

Stranišče

Življenje si je pametno organizirati tako, da imamo v bližini stranišča. Preden se odpravimo na potovanje ali kam, kjer še nikoli niste bili, je dobro ugotoviti, kje so stranišča. Tako se najbrž izognemo cestam, ob katerih ni bencinskih črpalk. Ko smo na stranišču, pazimo, da popolnoma izpraznimo mehur. Ostanemo dovolj dolgo, da se prepričamo, da smo iztočili vse. Ženske si lahko pomagajo tako, da se sklonijo naprej in temeljito izpraznijo mehur (15).

Stres

Nekateri zdravniki so prepričani, da pri dovzetnih ljudeh sproži multipla skleroza travmatičen doživljaj. Če obolele vprašate, kje so začutili prvi bolezenski znak, jih bo veliko opisalo del telesa, ki je pred nastopom multiple skleroze utrpel poškodbo. Drugi bodo povedali, da so bili takrat v njihovem življenju zelo stresni dogodki. Napade oziroma

poslabšanja bolezni lahko velikokrat povzroči stres. Ena od definicij stresa je, da človek ni sposoben opraviti vsega, kar se od njega zahteva. Manjše kot so njegove zmožnosti, bolj stresne so zanj zahteve. Čim večje so zmožnosti, tem manj stresne so zahteve, postavljene pred človeka. Zmožnosti so tako praktične, kot na primer denar in oprema, kot notranje, na primer volja in zdravje. Če bi bili bolni, so vaše notranje zmožnosti seveda omejene in zahteve, ki jih zdrav človek ne bi občutil kot stresne, nenadoma postanejo stresne. Čim bolj torej lahko obdržimo oziroma povrnemo zdravje in dobro počutje, tem bolj bomo lahko kos stresu.

Zelo pomemben je tudi odnos do stvari. Ne pozabimo, da je nekaj lahko za nekoga stres, za drugega pa izziv. Bolj pomembna kot povzročitelj stresa je naša osebnost oziroma kako se odzovemo na določeno situacijo. Na primer, nekateri ljudje se poleta z letalom veselijo, drugim pa to pomeni stres. Nekateri radi delajo v časovni stiski, drugi se ob misli na to kar zdrznejo.

Če se lahko zazrete vase in ugotovite, da stres vaše bolezenske znake poslabša, lahko naredite dvoje. Potrudite se in čim bolj zmanjšate stres v svojem življenju ali pa spremenite svoj odnos do tega (oziroma oboje).

Veliko ljudi z multiplo sklerozo zase pravi, da so naravnani zelo na kratko. Njihova sposobnost, da se postavijo po robu že najmanjšemu stresu, je zmanjšana. Če vidite, da se zelo močno odzovete na stres, bi vam lahko koristilo svetovanje ali psihoterapija. Kadar občutite stres, postanejo hormoni v vašem telesu neuravnovešeni. Kortizol, hormon brezupa in nemoči, se vmeša v presnavljanje esencialnih maščobnih kislin. Poskusite se torej sprostiti ali čim bolj odpraviti okoliščine, ki v vas povzročajo stres (15).

Hormonska terapija

Vpliv hormonske terapije na ženske z multiplo sklerozo še ni nihče raziskal. Nekatere ženske z multiplo sklerozo, ki so jemale hormone, so se počutile bolj polne energije in njihova koža se je pomladila, druge so pa imele poslabšanje bolezni, ki so ga povezovale s hormonsko terapijo. Če ste ženska v menopavzi in imate multiplo sklerozo, se pogovorite o tem s svojim ginekologom (15).

Vaje za krepitev mišic medeničnega dna

Nekontrolirano uhajanje urina, nenadna močna potreba po uriniranju in pogosto uriniranje imajo svoj vzrok v okvarjeni funkciji sečnega mehurja. Znano je, da ima take težave veliko ljudi, vseh starostnih skupin. Le redki si upajo o tem spregovoriti; gotovo tudi zato, ker ne vedo, da je v mnogih primerih možno ozdraveti ali vsaj izboljšati težave. Namen vaj je vzdrževati ali izboljšati kondicijo mišic medeničnega dna (19).

2.5.3.2 Urjenje sečnega mehurja

Prekomerno aktivni sečni mehur se lahko krči tudi takrat, ko je v njem majhna količina urina. Pacientka mora prepoznati občutek nenadnega siljenja na vodo, ga zavreti in tako nadzirati sečni mehur. Pacientka naj ob nuji ne hiti na stranišče, ker se ob hitenju poviša tlak v trebuhu in predstave povezano z nujo, pospešijo uhajanje urina. Pacientka naj se v tej neprijetni situaciji umiri. Če je mogoče, naj sede, se popolnoma sprosti, nekajkrat zapovrstjo stisne mišice medeničnega dna in tako umiri nujo, zavre krčenje sečnega mehurja in prepreči uhajanja urina. Potem, ko ji to uspe, gre lahko počasi na stranišče. Pacientke velikokrat praznijo sečni mehur, da bi ga ukanili in preprečili zelo neprijetni občutek nuje. Pacientka naj si naredi urnik mokrenja preko dneva (npr. da mokri na 2 uri in postopoma čas zadrževanja urina podaljšuje). Namen prevzgoje sečnega mehurja je postopoma podaljšati čas med uriniranj. Prevzgojo sečnega mehurja začnemo z razmakom med uriniranj, ki omogoča uspeh (19, 30).

Uspehi so lahko pri vsaki pacientki različni že zaradi razlike v poteku bolezni in različni vrsti inkontinence. Z vajami stopnujemo kontrolo mišic medeničnega dna, kar zahteva čas, trud in vztrajnost. Nekaterim pacientkam se stanje popolnoma popravi, mnogim izboljša, pri nekaterih pa ni učinka. Vaje za krepitev mišic medeničnega dna so najbolj priporočljive za pacientke s stresno inkontinenco in pri urgentni inkontinenci. Najboljši rezultati raziskav so pri lažjih stopnjah inkontinence. Pri pacientkah, ki težje zaznajo stisk mišic medeničnega dna, si lahko pomagajo s pomočjo senzorja, ki poda signal ob pravilnem stisku mišic. Pacientke si lahko pomagajo tudi z električno stimulacijo. Električno stimulacijo določi urolog ali ginekolog, ki predpiše tudi način in čas stimulacije. Intermitentna električna stimulacija mišic medeničnega dna uravnava delovanje mehurja, ker sprošča mišico mehurja in krepi zapiralko (sfinkter). Stimulatorja ne smejo uporabljati

pacientke s srčnim spodbujevalnikom, nosečnice, pri rakavih obolenjih v mali medenici, pri vnetjih nožnice, mehurja, male medenice in med menstruacijo (40). Za vsako pacientko ni primerna enaka tehnika, seveda to presodi zdravnik ali diplomirana medicinska sestra z dodatnimi znanji. Pacientke je potrebno poučiti in dati napotke, kako naj doma izvajajo trening mehurja in jih veliko spodbujati.

Na kliniki v Sao Paulu so leta 2010 naredili raziskavo treninga mišic medeničnega dna pri ženskah z multiplo sklerozo. Razdelili so 35 pacientk v 2 skupini za 12 tednov. Prva skupina je opravljala trening mišic medeničnega dna leže s pomočjo vaginalnega perineometra in 3 x na dan vaje, druga skupina je prejela vaginalni perineometer, ampak brez dodatnega krčenja, navodila za izvajanje vaj niso bila podana. Ugotovitve raziskave so pokazale, da zdravljenje spodnjega sečnega trakta ima pozitiven oz. izboljššan vpliv na kvaliteto življenja pacientk z multiplo sklerozo, ki je izvajala trening mišic medeničnega dna, v primerjavi z drugo skupino (41).

Na Irskem so leta 2008 opravljali študijo glede povezave med živčno mišično električno stimulacijo in zdravljenjem spodnje disfunkcije sečil pri multipli sklerози. Klinična raziskava je bila namenjena dodatni oceni učinkovitosti posegov, kot so živčno mišična električna stimulacija, EMG in trening mišic medeničnega dna. Pacienti so bili razdeljeni v dve skupini. Obe skupini sta prejeli trening mišic medeničnega dna, EMG in električno stimulacijo, 1. skupina je imela placebo električno stimulacijo, 2. skupina je prejela aktivno električno stimulacijo. Raziskava je pokazala, da je dodajanje aktivne živčno mišične električne stimulacije, program treninga mišic medeničnega dna in EMG potrebno obravnavati kot možnost prve izbire za zmanjševanje nekaterih simptomov spodnjega sečnega trakta, povezanega z delovanjem pri multipli sklerози (42). Električna stimulacija je koristen dodatek pri blažitvi urinske inkontinence pri pacientkah z multiplo sklerozo.

2.5.3.3 Učenje intermitentne čiste samokateterizacije

Ob motnjah mokrenja, ki se kažejo kot nepopolno izpraznjenje mehurja, je potrebno merjenje zastojnega urina. Če je zastojnega urina več kot 100 ml, je pacientko smotno naučiti intermitentne čiste samokateterizacije (28).

Večje težave pri učenju imajo pacientke, ki imajo težave s parezo (delna ohromelost), fino motoriko, ataksijo zgornjih udov.

Preden začnemo učiti pacientko intermitentne čiste samokateterizacije upoštevamo (28):

- motivacijo pacientke,
- ročno spretnost (pacientka mora doseči predel genitalij z obema rokama),
- vidna sposobnost,
- normalno prehodna sečna cev,
- upoštevamo socialne razmere,
- s privoljenjem pacientke, ki sama ne more izvajati intermitentne čiste samokateterizacije, lahko naučimo »najprimernejšega« svojca.

Intermitentno čisto samokateterizacijo učimo pacientke postopoma, nekatere pacientke zelo hitro osvojijo poseg, pri nekaterih je potrebno poseg večkrat razložiti in izvesti. Praviloma se najprej s pacientko pogovori zdravnik, nato diplomirana medicinska sestra v ambulantni pacientko nauči intermitentno čisto samokateterizacijo. Pacientke imajo tudi navodila v pisni obliki.

Navodila

Pred izvajanjem samokateterizacije naj si pacientka zagotovi mir in si pripravi vse potrebne pripomočke na doseg roke in pomoč svojca ali medicinske sestre, če je potrebna, in sicer: priprava katetra za enkratno uporabo ustrezne velikosti in lubrikant (če kateter že ni prevlečen z njim), primerna razsvetljava, ogledalo (če ga potrebuje), vodo, milo, brisačo, posodo za prestrezanje urina (če posega ne izvaja na straniščni školjki).

Priprava pacientke

Ko ima pacientka pripravljeno vse potrebno, si sleče spodnje perilo, skrbno si umije roke in spolovilo. Spolovilo si umije z blagim milom od spredaj nazaj, nato spolovilo dobro obriše.

Ponovno umije roke.

Postopek se lahko izvaja v:

- ležečem položaju z dvignjenim vzglavjem, da je hrbet podprt ali sedečem položaju, stoječem položaju ali čepečem položaju;
- sede na straniščno školjko ali se kako drugače udobno namesti, tako da ima obe roki prosti; pacientka naj noge namesti tako, da bodo stabilne in da ostanejo v razkoraku; pomočnik ali diplomirana medicinska sestra si umije roke in natakne

rokavice za enkratno uporabo; pacientka, pomočnik ali diplomirana medicinska sestra naj odpre kateter na odrezanem koncu, potegne iz vrečke in na konico kane lubrikant (če kateter še ni prevlečen z njim), drugi konec katetra pa naj moli v straniščno školjko ali posodo;

- ko je pacientka v pravem položaju, ji s pomočjo ogledala še enkrat pokažemo sečnico;
- z dvema prstoma (kazalec in palec) ene roke naj si ženska razmakne sramne ustnice, z drugo (vodilno) roko vzame pripravljen kateter in počasi uvaja urinski kateter skozi sečnico v sečni mehur (rahal odpor je tik pred vstopom v mehur), dokler ne prične odtekati urin, nato potisne kateter še približno 2 cm globlje v mehur;
- če zaide kateter v nožnico, izpere kateter in ponovi postopek;
- ko urin preneha iztekati, pacientka narahlo s prosto roko pritisne na spodnji del trebuha in se nekoliko napne, da priteče še malo urina;
- ko urin preneha teči, preden kateter izvleče, prime prosti konec katetra tako, da odprtino zamaši z enim prstom ali ga prepogne in počasi izvleče kateter in kateter zavrže;
- po posegu umije spolovilo in roke (5, 28, 37).

Vse pacientke niso primerne za intermitentno čisto samokateterizacijo. Upoštevati je treba več dejavnikov:

- motivacija (da bo suh, brez neprijetnega vonja, poseg ni boleč),
- sposobnost pacientkinega dojetanja in sprejemanja odgovornosti,
- motorične sposobnosti (da doseže uretro z obema rokama) (37).

Med učenjem naletimo lahko tudi na probleme kot so:

- odpor pacientke do samokateterizacije,
- odpor pacientkinih svojcev,
- pacientko je sram, ker se mora pred nami sleči in pokazati predel genitalij,
- nezadostna ročna spretnost, pacientka slabo vidi (28).

3 METODE DELA

3.1 Namen, cilj in hipoteze

Namen diplomske naloge je bil predstaviti bolezen multiplo sklerozo in opredeliti težave, ki jih lahko imajo z mokrenjem pacientke do 50. leta starosti. Ugotavljali smo, v kakšni meri so težave z motnjami mokrenja prisotne, koliko pacientk ima stalni urinski kateter in koliko se jih samokateterizira. Ugotoviti smo želeli, ali pacientke dobijo informacije o možnostih samokateterizacije in opredeliti zdravstveno vzgojno vlogo medicinske sestre pri delu s pacientkami z multiplo sklerozo.

Hipoteza 1: Pacientke z multiplo sklerozo na območju severne Primorske so seznanjene s tveganjem nastanka težav pri mokrenju, ki so posledica osnovne bolezni.

Hipoteza 2: Pacientke z multiplo sklerozo na območju severne Primorske so informirane o možnostih in prednostih samokateterizacije.

Pri izdelavi teoretičnega dela diplomske naloge smo uporabili deskriptivno metodo s študijem domače in tuje literature in metodo anketiranja.

3.2 Vzorec

V raziskavo so bile vključene pacientke do 50. leta starosti s postavljeno diagnozo multiple skleroze, ki so bile obravnavane od oktobra 2009 do marca 2010 v času hospitalizacije, ko so imele srečanje v društvu multiple skleroze *Goriška podružnica* in v nevrološki ambulanti med čakanjem na pregled. Za sodelovanje smo zaprosili 58 pacientk, anketo je izpolnilo 36 pacientk, 7 pacientk ni želelo sodelovati, 15 pacientk ankete ni vrnilo. V raziskavi je sodelovalo 36 pacientk, starih od 15 do 50 let.

3.3 Uporabljeni pripomočki in merske enote

K izvajanju raziskave smo pristopili tako, da smo sestavili anketni vprašalnik (Priloga 1) z odprtimi vprašanji in vprašanji za obkroževanje. Pri obravnavi podatkov o starosti, podatkov, ki se nanašajo na obolenje in motnje mokrenja glede na seznanjenost pacientk, dobljenih z anketnim vprašalnikom, je bil uporabljen kvantitativni raziskovalni pristop. Za obdelavo podatkov smo uporabili računalniški program *Microsoft Office Excel*. Rezultate smo prikazali v obliki tabel in grafov.

3.4 Potek raziskave

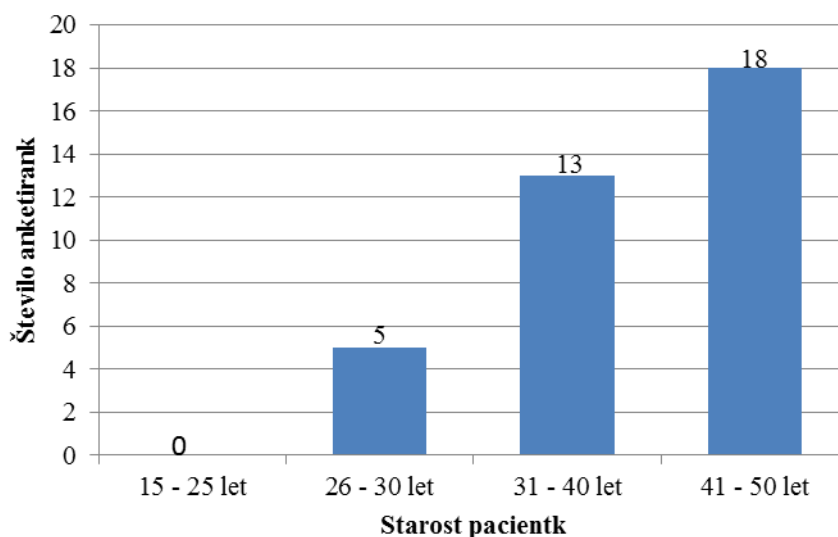
Raziskava je potekala 6 mesecev med letoma 2009 in 2010. Na podlagi pridobljenega soglasja Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica in s pridobljenim ustnim soglasjem za sodelovanje pacientk smo pacientkam izročili anketni vprašalnik.

Anketo so izpolnjevale pacientke, ki so bile hospitalizirane na nevrološkem oddelku, in pacientke, ki obiskujejo nevrološko ambulanto. Z nekaterimi pacientkami smo se srečali v društvu multiple skleroze na območju severne Primorske.

V bazi podatkov je bilo 58 pacientk s postavljeno diagnozo multiple skleroze. Raziskava je potekala z anketiranjem pacientk tako, da so dobile anketni vprašalnik, ga izpolnile in prinesle v temu namenjeno škatlo. S tem smo jim zagotovili anonimnost.

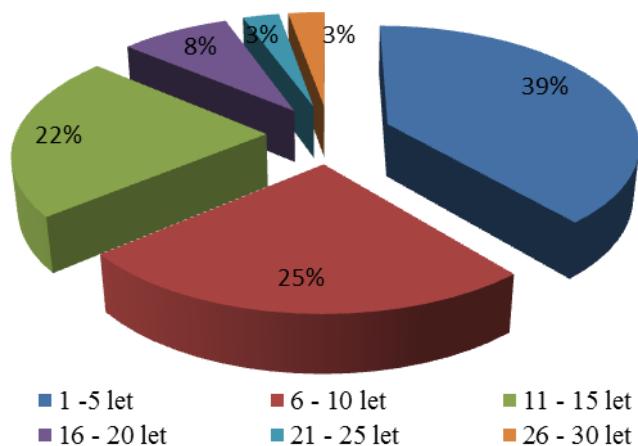
4 REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 36 pacientk izmed 58 pacientk (starih od 15 do 50 let), ki so bile obravnavane v nevrološki ambulanti ali na nevrološkem oddelku oz. so se udeležile srečanja društva *Goriška podružnica* za multiplo sklerozo na območju severne Primorske.



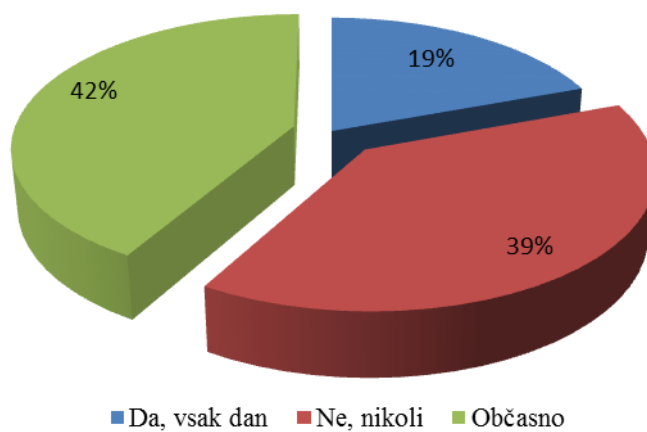
Slika 3: Starost

Slika 3 prikazuje starostne skupine anketiranih. Kot je razvidno, je bila polovica ($n = 18$) anketirank starih od 41 do 50 let, druga polovica pa od 26 do 40 let. Nobena od anketiranih pacientk ni bila mlajša od 25 let.



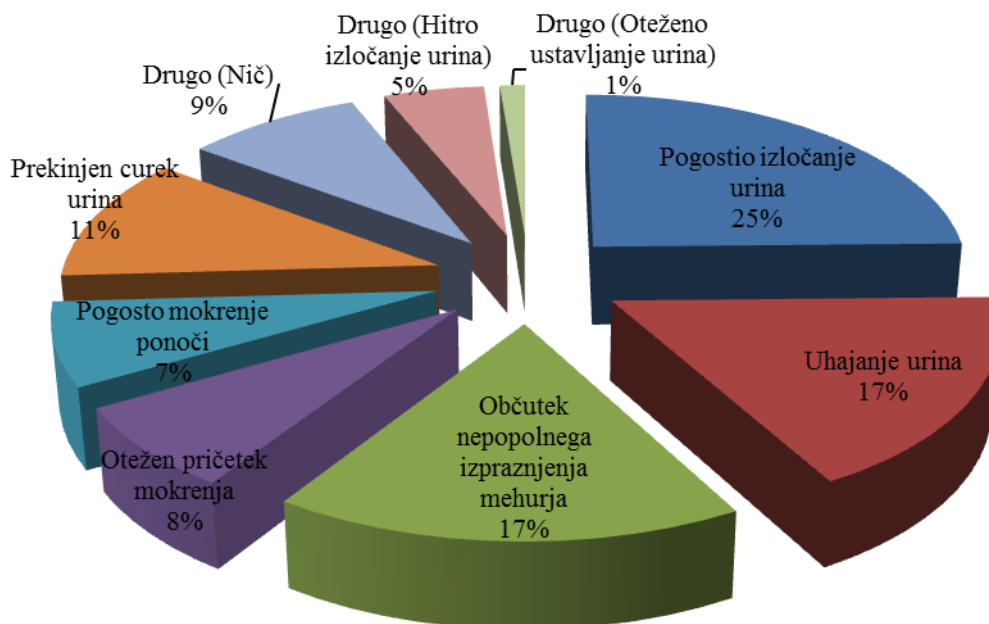
Slika 4: Leta zdravljenja zaradi multiple skleroze

Slika 4 prikazuje, koliko let se pacientke zdravijo za multiplo sklerozo, največ je pacientk, ki se zdravijo do 10 let, manj je pacientk, ki se zdravijo do 30 let.



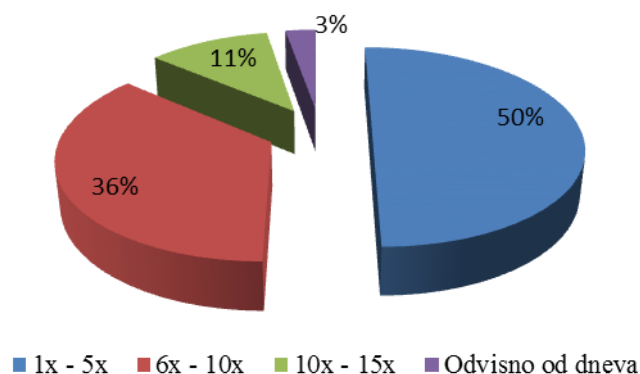
Slika 5: Težave z izločanjem urina

Slika 5 prikazuje, koliko pacientk ima težave z izločanjem urina ter kako pogosto se te pojavljajo. Večina pacientk (42 %; n = 15) ima občasne težave z mokrenjem vsak dan.



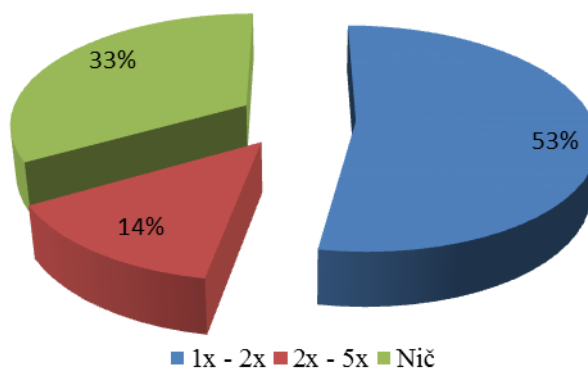
Slika 6: Težave z mokrenjem pri pacientkah z multiplo sklerozo

Slika 6 prikazuje nabor težav z zdravjem pri pacientkah. Mogočih je bilo več odgovorov, saj ima ista pacientka lahko tudi več prisotnih težav. Največ pacientk ima težave s pogostim izločanjem urina, z uhajanjem urina in z občutkom nepopolnega izpraznjenja mehurja, veliko pacientk ima med mokrenjem prekinjen curek urina. Manj težav imajo z oteženim pričetkom mokrenja, s pogostim mokrenje ponoči in s hitrim izločanjem urina. Ena pacientka oteženo ustavi urin. Zgolj 9 % ($n = 7$) pacientk nima nobenih težav z mokrenjem.



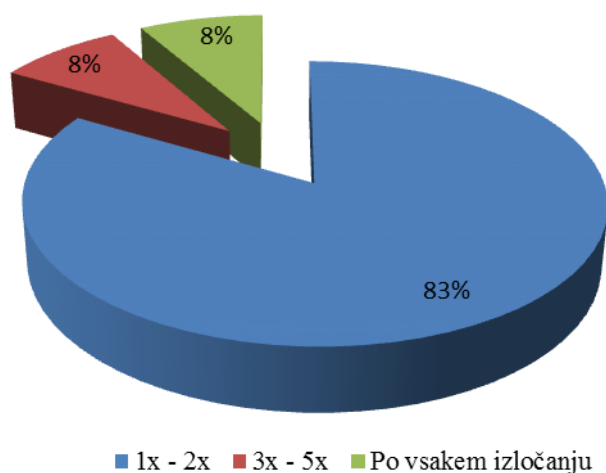
Slika 7: Uriniranje preko dneva

Slika 7 prikazuje pogostnost uriniranja preko dneva. Polovica pacientk izloča 1 x–5 x na dan, druga polovica pacientk pa gre na vodo do 10 x na dan. Vse pacientke, ki so sodelovale v anketi, izločajo spontano, nobena se ne samokateterizira.



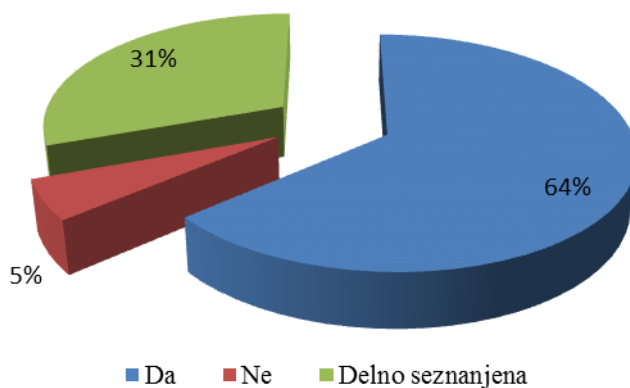
Slika 8: Uriniranje preko noči

Slika 8 prikazuje pogostnost uriniranja preko noči. Od 1 x–2 x na noč izloča 53 % (n = 19) vprašanih, od 2 x–5 x na noč 14 % (n = 5), ponoči ne urinira 33 % (n = 12) pacientk.



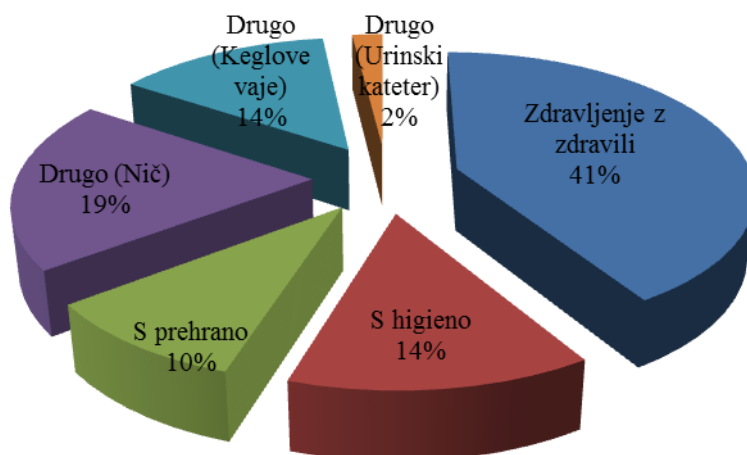
Slika 9: Izvajanje intimne nege

Slika 9 prikazuje, kolikokrat na dan opravljajo pacientke intimno nego. Večina, 83 % (n = 30), pacientk izvaja intimno nego 1 x–2 x na dan, 3 x–5 x na dan 8 % (n = 3), po vsakem izločanju opravi intimno nego le 8 % (n = 3) pacientk.



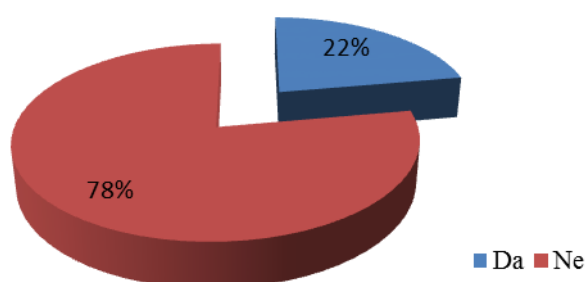
Slika 10: Seznanjenost s tveganjem za pojav motenj mokrenja

Slika 10 prikazuje, v kolikšni meri so pacientke seznanjene s tveganjem za pojav motenj mokrenja pri multipli sklerozi. Iz grafa je razvidno, da je 64 % (n = 23) seznanjenih, 31 % (n = 11) je takih, ki so delno seznanjene, in 5 % (n = 2) takih, ki za motnje mokrenja niso nikoli slišale.



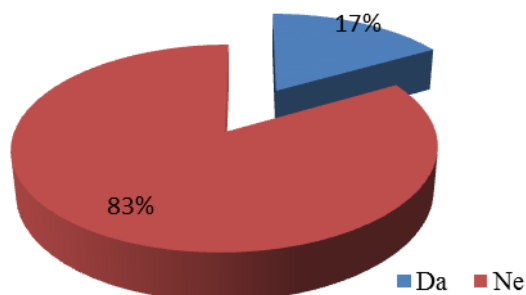
Slika 11: Seznajenost z možnostmi preprečevanja motenj mokrenja

Slika 11 prikazuje, s katerimi možnostmi preprečevanja mokrenj so pacientke seznajene. Mogočih je bilo več odgovorov. Največ 41 % (n = 21) pacientk pozna možnost zdravljenja motenj z zdravili, 19 % (n = 10) pacientk sploh ne pozna nobene možnosti oz. se niso zanimale, 14 % (n = 7) pacientk je seznajenih s pomenom higiene, 14 % (n = 7) pacientk pozna Keglove vaje, 10 % (n = 5) pacientk je seznajenih z vlogo prehrane, le 2 % (n = 1) pacientk je navedlo možnost preprečevanja motenj mokrenja z intermitentno kateterizacijo.



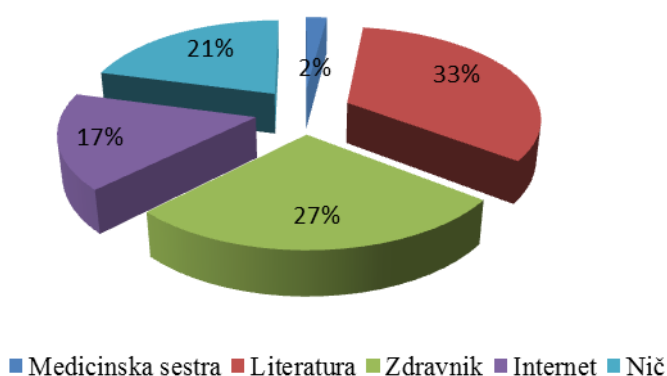
Slika 12: Informiranost o možnostih samokateterizacije

Slika 12 prikazuje informiranost pacientk o možnostih samokateterizacije, ki kaže, da 78 % pacientk (n = 28) te možnosti obvladovanja motenj mokrenja ne pozna.



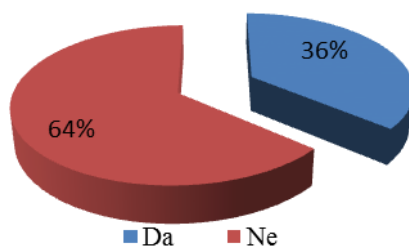
Slika 13: Seznajenost s prednostmi samokateterizacije

Slika 13 prikazuje prepoznavanje prednosti samokateterizacije. Zgolj 17 % (n = 6) pacientk je seznanjenih s prednostmi samokateterizacije.



Slika 14: Viri informacij o motnjah mokrenja

Slika 14 prikazuje, kje so pacientke dobile informacije o motnjah mokrenja. Največ pacientk (33 %; n = 16) je informacije poiskalo v literaturi, 27 % (n = 13) se je pogovorilo z zdravnikom, 17 % (n = 8) je o tej temi brskalo po internetu, samo ena pacientka je kot vir informacij navedla medicinsko sestro. Deset pacientk (21 %) o motnjah mokrenja še ni iskalo informacij.



Slika 15: Potreba po boljšem informiranju

Slika 15 prikazuje željo pacientk po boljšem informiranju o obvladovanju težav z mokrenjem. Večina pacientk, 64 % ($n = 23$), ne želi dodatnih informacij.

5 RAZPRAVA

Multipla skleroza je obolenje, ki se pojavlja v mlajših letih. Je avtoimunska, demielizacijska, kronična vnetna in degenerativna bolezen ki prizadene osrednje živčevje. Vzrok za pojav bolezni še ni jasan.

Anketirali smo 36 pacientk z multiplo sklerozo, ki so mlajše od 50 let, in želeli izvedeti njihovo seznanjenost s povezavo njihove kronične bolezni in motenj mokrenja ter z možnostmi samopomoči pri tem.

Ugotovili smo, da je velik delež (64 %) anketiranih pacientk seznanjen z motnjami mokrenja kot posledico multiple skleroze, tretjina jih je že slišala za motnjo mokrenja, nekatere pa za povezavo niso vedele. Glede na ta podatek lahko rečemo, da je na severnem Primorskem 95 % pacientk z multiplo sklerozo seznanjenih z možnostjo pojava težav pri mokrenju kot posledico osnovne bolezni.

Raziskava nam je pokazala, da ima na severnem Primorskem 61 % anketiranih pacientk že prisotne težave z mokrenjem, vendar jih ne povezujejo z multiplo sklerozo, temveč sumijo na običajni uroinfekt.

Pri pacientkah so v 25 % prisotne težave s pogostim izločanjem urina. Polovica anketiranih pacientk gre preko dneva do 5-krat na vodo, 53 % anketiranih pacientk urinira preko noči 1–2-krat, zato imajo s tem moten spanec. Ker morajo ponoči večkrat vstati, jim predlagamo, da gredo pred spanjem na vodo. Triinosemdeset odstotkov pacientk opravlja intimno nego 1–2-krat na dan, kar je pozitivno, saj z vzdrževanjem čistoče intimnega predela preprečujejo razmnoževanje bakterij, ki bi lahko vodilo v okužbe sečil.

O možnosti lajšanja težav z mokrenjem s pomočjo farmakoterapije je seznanjena le slaba polovica anketiranih pacientk.

Kljub težavam pa vse anketirane pacientke spontano mokrijo, tj. se ne samokateterizirajo, in nobena nima stalnega urinskega katetra. V Severnoameriškem raziskovalnem odboru za multiplo sklerozo (NARCOMS) je raziskava z 9700 pacienti, ki imajo multiplo sklerozo, pokazala, da 37 % pacientov, ki potrebujejo pomoč za praznjenje mehurja, uporablja urinski kateter (43). V Sloveniji še ni bilo raziskave, ki bi nam podala podatek o številu pacientk z multiplo sklerozo, ki potrebujejo oz. uporabljajo urinski kateter.

Ker med našimi anketirankami ni bilo takih, ki bi potrebovale samokateterizacijo, tudi ni velike želje po informacijah o samokateterizaciji, pacientke si nasprotno ne želijo niti slišati, kaj jih lahko čaka v prihodnosti. Nekatere pacientke veliko informacij o težavah z mokrenjem dobijo na internetu ali o tem vprašajo zdravnika. Pogosto pa informacije iščejo pacientke, ki težav (še) nimajo, tiste pacientke, ki te težave že imajo, pa to prikrivajo. Zdravstveni delavci moramo zato biti toliko bolj pozorni, da v pogovoru zajamemo tudi to temo oz. da spodbudimo pacientke, da o tem spregovorijo. Če poznamo njihove težave, jih lahko še dodatno informiramo in naučimo opazovanja in samokontrole motenj mokrenja. Če so težave hude, se dodatno posvetujemo tudi z zdravnikom, ki bo pacientke napotil na dodatne preiskave.

V raziskavi je tretjina pacientk zapisala, da dobijo informacije v literaturi ali pri zdravniku. Z diplomirano medicinsko sestro se posvetujeta samo 2 % pacientk. Lahko sklepamo, da so pridobljeni podatki posledica organizacije dela. Do leta 2011 je v nevrološki ambulanti delal samo zdravnik, mesto diplomirane medicinske sestre pa ni bilo sistemizirano. Pacientke so zato prihajale v kontakt z diplomirano medicinsko sestro in tehniki zdravstvene nege zgolj na oddelku, v času hospitalizacije, zaradi učenja aplikacije imunomodulacijskih zdravil. V ljubljanskem Centru za multiplo sklerozo imajo pacienti več kontakta z diplomirano medicinsko sestro, ki tako lahko bolje spozna pacienta in mu lažje posreduje informacije. Na Primorskem takega centra še nimamo, je pa od leta 2011 v nevrološki ambulanti vsakodnevno prisotna medicinska sestra, ki s pacienti kontaktira in jih poučuje.

Čeprav je raziskava pokazala, da vse pacientke v vzorcu spontano urinirajo, ni prav, da jih večina še ni bila informirana o možnostih samokateterizacije. Menimo, da je potrebno pacientke informirati pred nastopom težav. Pomembno je tudi to, da pacientka dobi zaupanje v nas in lažje spregovori o težavah.

Za podajanje informacije je najbolj pomembno obdobje, ko se pacientki postavlja diagnoza, saj nas pacientke takrat največ sprašujejo in željno sprejemajo informacije. Ker jim podamo veliko informacij naenkrat in so zaradi tega nekatere zmedene, je potrebno to znanje pri pacientkah obnavljati in jih večkrat spraševati o spremembah zdravstvenega stanja.

Pacientke z multiplo sklerozo morajo biti seznanjene z možnimi težavami, še preden te nastanejo, saj jih lahko na ta način preprečijo ali vsaj omilijo. Pacientke si lahko veliko pomagajo že z urjenjem mehurja. Ob ugotovljeni prisotnosti motenj mokrenja in ultrazvočnem prikazu nad 100 ml zaostalega urina je potrebno razmišljati o možnosti samokateterizacije. Vse pacientke, ki imajo težave z motnjami mokrenja, bi morale vedeti, zakaj je samokateterizacija pomembna in kako se izvaja.

Iz ankete razberemo, da večina pacientk ni seznanjena s prednostmi samokateterizacije.

Dobra polovica pacientk pozna samokateterizacijo kot možnost preprečevanja posledic motenj mokrenja, je pa tudi velik delež takih, ki samokateterizacijo odklanjajo.

Velik odstotek pacientk ni seznanjen s prednostjo samokateterizacije, kar nas opozarja na to, da je potrebno bolje informirati in osvestiti pacientke, jih spodbuditi pri pogovoru in jih večkrat povprašati o težavah z mokrenjem. Priporočimo jim tudi ambulantno kontrolo zastajanja urina, kjer z enkratno kateterizacijo že zgodaj ugotovimo zastajanje urina ali posumimo na prisotnost okužbe sečil. Obenem na ta način samokateterizacijo pacientkam približamo, jih seznamimo s potekom in namenom postopka. Ponudimo jim tudi literaturo na temo motenj mokrenja in samokateterizacije ter tako povečamo njihovo osveščenost.

Zelo pomemben vidik pri lajšanju in preprečevanju težav z mokrenjem je zdravstveno vzgojno delo s pacientkami, tako s strani medicinske sestre kot tudi nevrologa in urologa.

6 ZAKLJUČEK

Multipla skleroza je avtoimunska bolezen, ki se pojavi, ko imunski sistem prične uničevati varovalni mielin okoli živcev in v osrednjem živčevju.

Ob pojavu bolezni so motnje mokrenja redkejšje, njihova pojavnost pa je večja ob dlje trajajoči bolezni. Simptomi, ki se pri tem kažejo, lahko v veliki meri vplivajo na kakovost življenja pacientov z multiplo sklerozo. Pacienti obeh spolov poročajo predvsem o težavi z obvladovanjem mehurja.

Pacientke, s katerimi smo se pogovarjali, pogosto nočejo govoriti o težavah z mokrenjem, pogosto jim je ob tem neprijetno. Navajale so strah, da bi jim ušla voda ali blato ravno v neprimernem trenutku. Nekatere se celo začnejo zapirati pred zunanjim svetom, nočejo več v družbo, med prijatelje. Zelo pomembno je, da te težave zaupajo svojemu nevrologu, ki lahko glede na probleme, ki jih ima pacientka, odredi bodisi primerno zdravljenje z zdravili pri urgentnih in frekvenčnih mikcijah ali pa ji predlaga, da se nauči intermitentne samokateterizacije.

Za diplomirano medicinsko sestro je pomembno, da pozna pacientkine težave in njene deficite pri tej življenjski aktivnosti. Ko načrtujemo negovalne intervencije, moramo biti pozorni, kako se pacientka odziva. Velikokrat je prisoten občutek sramu in nemoči, ker je lahko tako nesamostojna in odvisna pri opravi, katero je za zdravega človeka samoumevno in o tem niti ne razmišlja. Zato je potrebna empatija, pridobiti si moramo pacientkino zaupanje, da bomo lažje skupaj premagovali ovire.

Skrb za zdravje je več kot le zdravljenje multiple skleroze. Zato se nam zdi pomembno, da smo v nalogi raziskali informiranost o motnjah mokrenja pacientk z multiplo sklerozo.

Ugotovili smo, da so motnje mokrenja prisotne vsakodnevno in da so pacientke iz severne Primorske informirane o motnjah mokrenja. Nasprotno pa so pacientke premalo seznanjene s samokateterizacijo kot možnostjo preprečevanja posledic motenj mokrenj, čeprav jo to edina možnost izpraznjenja mehurja ob zastajanju urina. V kakovostni zdravstveni obravnavi vsaka pacientka z multiplo sklerozo dobro pozna svojo bolezen, morebitne težave, ki bodo nastopile, možnosti samopomoči, in se tako brez strahu in lažje sooči s problemi.

7 LITERATURA

- 1 Kumer I. 11. Mednarodno srečanje med. sester ki se ukvarja s pacienti z multiplo sklerozo. *Utrip* 2008; (9): 22.
- 2 Horvat A (2008). Združenje multiple skleroze Slovenija. Zdravljenje multiple skleroze. <http://www.zdruzenje-ms.si/portal/index.php?topic=STROKOVNICLANKI<08.05.20010>>.
- 3 Mesec A. Mi skupaj. Trzin: Higiea d.o.o., 2008: 6–10.
- 4 Ambulanta za multiplo sklerozo. Potek bolezni. http://www.mscenter.si/multipla_skleroza/potek_bolezni/<05.10.2009>.
- 5 Horvat Ledinek A, Pirečnik Noč A, Martič A. Motnje mokrenja pri multipli sklerozi. Ljubljana: Coloplast A/S, 2009: 7–21.
- 6 Kalsi V, Fowler J C. Therapy Insight: Bladder dysfunction associated with multiple sclerosis: *Nat Clin Pract Urol* 2005; 10: 492–501.
- 7 Končar Vračko B. Multipla skleroza: Zdravljenje se začne še pred dokončno postavitvijo diagnoze. *Naša lekarna* 2009; 04(37): 62–8.
- 8 Blackstone M. Prvo leto multipla skleroza: osnovni vodnik za ljudi z na novo odkrito boleznijo. Ljubljana: Biogen IDEC, 2011: 36–9.
- 9 Denišlič M. Multipla skleroza. *Medicinski razgledi* 2006:15–74.
- 10 Denišlič M. Multipla skleroza. *Medicinski razgledi* 1998; 37(3): 33–51.
- 11 Duh A, Flisar O. Bolnik z multiplo sklerozo. V: Kavaš E, Zrim M, Lebar Z, Šumak I, ur. Zbornik strokovnega seminarja 2010: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, 2010: 23–8.
- 12 Dolenjska podružnica pri združenju multiple skleroze (2002). Živeti z multiplo sklerozo. <http://www.dolenjska.zdruzenje-ms.si/textziveti%20z%20MS.htm<20.12.2009>>.
- 13 MS Trust (2011). Multiple sclerosis information for health and social care professionals. <http://www.mstrust.org.uk/downloads/ms-info-health-professionals-section3-bladder.pdf<11.05.2011>>.

- 14 Porter S R, Kaplan L J, Homeier P B, Apovtoff R B. The Merck Manual Home Health Hand Book: Multiple sclerosis and Related Disorders. 3rd ed.; New York: Merck & CO. Inc, 2009: 787.
- 15 Graham J. Multipla skleroza: Vodnik za samopomoč. Ljubljana: Združenje multiple skleroze, 2009: 154–7.
- 16 Doktrinarna stališča - Klinični oddelek za bolezni živčevja (2008). Multipla skleroza. kobz.si/si/dokumenti/NKD%202%20del.doc <03.04.2010>.
- 17 Horvat Ledenik A. Naučimo se živeti z multiplo sklerozo, O življenju z MS in zdravljenje le te, Za bolnike, njihove družine in prijatelje. Ljubljana: Biogen Idec d.o.o., 2009: 5.
- 18 Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33 (11): 1444–52.
- 19 Lukanovič A, Ščepanović D, Žgur L. Obvladovanje težav s sečnim mehurjem. Ljubljana: Pfizer, 2011: 3–10.
- 20 Multiple Sclerosis Trust Blader problems-factsheet (2011). <http://www.mstrust.org.uk/information/publications/factsheets/bladder.jsp> <12.06.2011>
- 21 Cristian A. Medical manegement of adults with neurologic disabilities: Genitourinary System. 1st ed. New York:Demos Medical Publishing, 2009: 153–68.
- 22 Holland JN. Controlling bladder problems in multiple sclerosis. New York: National Multiple Sclerosis Society, 2005: 1–20.
- 23 Obvladajmo težave z mehurjem: Vodnik za razumevanje in obvladovanje prekomernega aktivnega sečnega mehurja. Ljubljana: Društvo za zdrava sečila. Pfizer. 2005: 2–11.
- 24 Osredkar Š, Vrban D. Vrednotenje rezultatov zdravljenja urgentne urinske inkontinence z akutno maksimalno funkcionalno električno stimulacijo (AMFES). *Zdravstveni Obzornik* 1993; 27 (3) : 131–9.
- 25 Univerzitetni klinični center Ljubljana (2007). Elektromiografija (EMG). <http://www.kclj.si/ikn/ZAPR/EMG.htm> <30.10.2011>.
- 26 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical - Surgical Nursing: Urinary Tract Function: Management of patients with upper or Lower urinary tract

- dysfunction: Neurogenic Bladder. 10th.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, 2004: 1280–5.
- 27 Pirečnik Noč A. Glasilo MS: Motnje mokrenja. Ljubljana: združenja multiple skleroze Slovenije, 2006: 10–1.
- 28 Pirečnik Noč A. Bolnik z multiplo sklerozo v procesu zdravstvene nege: Intermitentna samokateterizacija. Nevrološka sekcija med. sester in zd. tehnikov Slovenije. Maribor: 2003: 14–21.
- 29 Schapiro TR. Managing the Symptoms of Multiple Sclerosis: Bladder symptoms. 4th ed. New York: Demos Medical Publishing Inc, 2003: 64–78.
- 30 Leskovar J. Prekomerno aktivni sečni mehur. 3.dop.izd. Maribor: Klinika za kirurgijo, oddelek za urologijo, 2010: 7.
- 31 Wynn RD. International Journal of MS care: Multiple sclerosis: Symptom and Side Effect Management: Management of Physical Symptoms: Bladder Dysfunction. United Kingdom: By Multiple Sclerosis Trust, 2006: 16.
- 32 Kambič Budkovič M. O zdravljenju multiple skleroze: simptomatsko zdravljenje multiple skleroze. Ljubljana: Schering AG, 2004: 19–20.
- 33 Henze T, Rieckmann P, Toyka KV. Consensus Paper III: Symptomatic Treatment of Multiple Sclerosis. Emps european MS platform aisbl, 2006; 56 (2): 15–9.
- 34 Petkovšek Gregorin R. Nega bolnikov z multiplo sklerozo na oddelku za rehabilitacijo. V: Denišlič M, Meh D, ur. Sestanek o multipli sklerozi: Zbornik. Ljubljana: Strokovna skupina za multiplo sklerozo Razširjenega strokovnega kolegija nevroloških strok, 1996: 109.
- 35 Pirečnik Noč A. Multipla skleroza: Če bolezen sprejmeš je življenje znosnejše. *Viva portal za zdravo življenje* 2010; XVIII(198): 4–5.
- 36 Stachowiak J. The Multiple Sclerosis Manifesto: Action to take, principles to live By- Julie Stachowiak, Phd. Bladder dysfunction. New York: Demos Medical Publishing LLC, 2010: 64–6.
- 37 Kočevar L. Zdravstvena nega inkontinentnega bolnika. *Obzor Zdr N* 1994;28(5/6): 143–4.
- 38 Gordon M. Negovalne diagnoze-priročnik. Maribor: Rogina, 2003: 50–200.
- 39 Kumer I. 12. Mednarodno srečanje med. sester ki se ukvarja s pacienti z multiplo sklerozo. *Utrip* 2009; (7-8): 22.

- 40 Klemenc D. Urinska inkontinenca. *Obzor Zdr N* 1995; 29(1/2): 27–45.
- 41 Lúcio AC, Campos RM, Perissinotto M.C, Miyaoka R, Damasceno BP, D'ancona C.AL. Pelvic floor muscle training in the treatment of lower urinary tract dysfunction in women with multiple sclerosis. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:1410–3.
- 42 McClurg D, Ashe RG, Lowe-Strong AS. Neuromuscular electrical stimulation and the treatment of lower urinary tract dysfunction in multiple sclerosis - A double blind, placebo controlled, randomised clinical trial. *Neurourol Urodyn* 2008; 27: 231–7.
- 43 Stoffel TJ, Mcguire JE. Treating the Adult Neurogenic Bladder: Contemporary Management of the Neurogenic Bladder for Multiple Sclerosis Patients. *Urologic Clinics of North America* 2010; 37(4): 547–57.

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem vsem, ki so mi neposredno pomagali pri izdelavi naloge:

mentorici Heleni Skočir, viš. med. s., univ. dipl. org., somentorici doc. dr. Meliti Peršolja Černe, viš. med. s., prof. zv., Gorazdu Klanjščku, dr. med. spec. nevrologije, Petji Obrezi, dr. med. spec. nevrologije, lektorici Petri Kavčič, za računalniško obravnavo Matiji Vodopivcu, prevajalki Sonji Leskovar.

Iz srca se zahvaljujem tudi svoji družini, fantu Gregorju in njegovi družini, ki so mi bili ves čas v podporo. Seveda gre tudi velika zasluga mojim sodelavcem nevrološkega oddelka in odgovorni Moniki Kalin Vodopivec, dip. med. ses., ki so mi omogočili usklajevati urnik za predavanja.

PRILOGA 1

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Nena Kodermac, zaposlena na nevrološkem oddelku splošne bolnišnice v Šempetru, obenem pa absolventka Visoke šole za zdravstvo Izola, smer zdravstvena nega. Pišem diplomsko nalogo z naslovom *Obravnava pacientk z motnjami mokrenja pri multipli sklerози*. Ta anketni vprašalnik je namenjen pacientkam z multiplo sklerozo, bivajočim na območju severne Primorske.

Vljudno Vas prosim, če si vzamete čas za izpolnitev vprašalnika. Anketni vprašalnik je popolnoma anonimen.

Vnaprej se Vam zahvaljujem za pozornost in čas.

Prosim Vas, da obkrožite ali napišete ustrezen odgovor.

1. STAROST:

- a) 15–25 let
- b) 26–30 let
- c) 31–40 let
- d) 41–50 let

2. KOLIKO LET SE ZDRAVITE ZARADI MULTIPLE SKLEROZE?

3. ALI STE SEZNANJENI Z MOTNJAMI MOKRENJA PRI MULTIPLI SKLEROZI?

- a) da
- b) delno seznanjena
- c) ne

4. ALI IMATE TEŽAVE Z IZLOČANJEM URINA?

- a) da, vsak dan
- b) občasno
- c) ne, nikoli

5. KATERE TEŽAVE STE OPAZILI?

- a) pogosto izločanje urina
- b) uhajanje seča
- c) občutek nepopolnega izpraznjenja mehurja
- d) otežen pričetek mokrenja
- e) pogosto mokrenje ponoči
- f) prekinjen curek urina
- g) drugo

6. KOLIKOKRAT GRESTE NA VODO ČEZ DAN? _____

7. KOLIKOKRAT GRESTE NA VODO ČEZ NOČ?

8. KAKO POGOSTO OPRAVLJATE INTIMNO NEGO?

9. KAKO GRESTE NA VODO, NAČIN IZLOČANJA?

- a) spontano
- b) samokateterizacija
- c) stalni urinski kateter

10. S KATERIMI MOŽNOSTMI ZDRAVLJENJA MOTENJ MOKRENJ STE SEZNANJENI?

- a) z zdravljenjem z zdravili
- b) s higieno
- c) s prehrano
- d) ostalo_____

11. ALI STE DOBILI INFORMACIJE O MOŽNOSTIH SAMOKATETERIZIRANJA?

- a) da
- b) ne

12. ALI STE BILI SEZNANJENI S PREDNOSTMI SAMOKATETERIZIRANJA?

- a) da
- b) ne

13. ALI SE VAM ZDI, DA BI BILA SAMOKATETERIZACIJA KOT NAČIN IZLOČANJA URINA MOŽNOST ZDRAVLJENJA MOTENJ MOKRENJA?

- a) da
- b) ne

14. KJE STE DOBILI INFORMACIJE O ZDRAVLJENJU MOTENJ MOKRENJA?

15. ALI IMATE POTREBO PO BOLJŠEM INFORMIRANJU?

- a) da
- b) ne